

**Leitfaden für  
Lehrpersonen und  
Mitarbeitende der Schuldienste  
bei Verdacht auf ADS/POS  
bei Kindern und Jugendlichen**



erstellt im Auftrag der Konferenz  
der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen  
des Kantons Luzern

durch die Arbeitsgruppe ADS/POS,

Ernesta von Holzen Beusch, Marinella Rodoni, Franz Stalder, Lothar Steinke

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Erklärung der Begriffe</b>	<b>2</b>
2.1.	POS (Psychoorganisches Syndrom)	3
2.2.	ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)	4
2.3.	Weitere Begriffe	5
<b>3.</b>	<b>Abgrenzung zu anderen Störungen</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Auswirkungen von ADS/POS</b>	<b>6</b>
4.1.	Im Kindes- und Jugendalter	6
4.2.	Im Erwachsenenalter	7
<b>5.</b>	<b>Positive Aspekte des ADS/POS</b>	<b>7</b>
<b>6.</b>	<b>Unterscheidung medizinische und schulpsychologische Untersuchungen von ADS/POS</b>	<b>8</b>
<b>7.</b>	<b>Ablaufschema bei ADS/POS Abklärungen</b>	<b>9</b>
<b>8.</b>	<b>Literaturangaben</b>	<b>10</b>
<b>9.</b>	<b>Literaturempfehlungen</b>	<b>11</b>
9.1.	ADS/POS bei Kinder und Jugendlichen	11
9.2.	ADS/POS bei Erwachsenen	12
<b>10.</b>	<b>Adressen / Links</b>	<b>12</b>
10.1.	Selbsthilfegruppe	12
10.2.	Fachspezifische Informationen	12
10.3.	Leitfaden	12

## 1. Einleitung

---

Im Bewusstsein, dass es bereits sehr viele Bücher und Ratgeber zum Thema Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen gibt, ist es uns ein Anliegen, Lehrpersonen und Mitarbeitenden der Schuldienste mit dieser Broschüre einen kurzen Überblick über das Thema Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen zu geben. Dazu werden die in der Schweiz häufig benutzten Begriffe POS (Psychoorganisches Syndrom) sowie ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) erklärt und einander gegenüber gestellt. Ebenso werden dessen Auswirkungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen beschrieben.

Die Diagnostik und Behandlung einer Aufmerksamkeitsstörung (ADS) oder eines Psychoorganischen Syndroms (POS) wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Je nach Berufsgruppe, ob Kinderärztin, Kinderpsychiater, Schulpsychologin, freischaffender Psychotherapeut, Mitarbeiterin am KJPD sind sogar innerhalb der Berufsgruppen unterschiedliche Haltungen festzustellen. Ferner gibt es neben den wissenschaftlichen noch eine Vielzahl alternativer bis esoterischer Zugänge.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachleuten funktioniert in der Regel gut. Hin und wieder kann es zu Doppelspurigkeiten kommen, wenn z.B. diagnostische Informationen zwischen den einzelnen Fachdiensten nicht weitergeleitet werden. Je nach Fachstelle werden bei der Therapieempfehlung schulrelevante Fragen gelegentlich vernachlässigt. Bei einem rechtzeitigen Einbezug des Schulpsychologischen Dienstes kann mittels Schul- und Erziehungsberatung, der Entwicklung von Folgeproblemen (Sekundärsymptomen) vorgebeugt werden.

Diese Broschüre soll insbesondere einen Überblick über die Unterscheidung sowie die Gemeinsamkeiten einer medizinischen und einer schulpsychologischen Untersuchung darlegen. In einem Ablaufschema wird aufgezeigt, wie schulische Fach- und Lehrpersonen bei einem Verdacht auf ein ADS/POS hinsichtlich einer genaueren Untersuchung vorgehen können.

Diese Broschüre entstand im Auftrag der Konferenz der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen des Kantons Luzern.

## 2. Erklärung der Begriffe

---

Für die Störungsbilder der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung gibt es verschiedene Begriffe und Erklärungsversuche. Ältere Klassifikationssysteme haben versucht, die Störung nach den Ursachen zu begründen und zu differenzieren. Modernere Ansätze konzentrieren sich hauptsächlich auf die Beschreibung des beobachtbaren Verhaltens. Aus der Hirnforschung weiss man, dass das ADS/POS mit einer reduzierten Verfügbarkeit bestimmter Botenstoffe (Neurotransmitter) zusammenhängt, was die Informationsübermittlung zwischen den Nervenzellen beeinflusst. Am augenfälligsten ist, dass dadurch Wahrnehmungsfunktionen und – für die Handlungsplanung wichtige – hemmende und reflektierende Funktionen betroffen werden.

Die Symptome eines POS/ADS lassen sich nicht in jeder Situation gleichermassen beobachten. Je nach Strukturiertheit der Situation (z.B. offener vs. strukturierter Unterricht; reizarme vs. reizüberfüllte Umgebung, Ruhe vs. Unruhe) zeigen sich unterschiedliche Verhaltensweisen. Auch der Grad der Motivation bei einer Tätigkeit (fremdbestimmte vs. selbstbestimmte Aktivitäten) wirkt sich auf das beobachtbare Verhalten aus. Ein POS/ADS muss aber nicht zwingend zu Problemen in der Schule führen. Einige Kinder entwickeln geschickte Strategien, wie sie mit ihren Schwierigkeiten umgehen können.

Im Folgenden wird eine Begriffsklärung für POS und ADS vorgenommen.

## 2.1. POS (Psychoorganisches Syndrom)

Die diagnostischen Kriterien des psychoorganischen Syndroms richten sich nach den Vorgaben der schweizerischen Invalidenversicherung (IV), daher ist der Begriff POS nur in der Schweiz gebräuchlich. Gemäss der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV 404) der IV kann das POS sowohl angeboren als auch erworben sein. Wird das POS vor dem 9. Geburtstag diagnostiziert und behandelt, geht man, wenn keine schwere Hirnerkrankung oder kein schweres Schädelhirntrauma vorausgegangen ist, von einer angeborenen Störung aus. Angeborene Hirnstörungen, welche erst nach dem 9. Geburtstag behandelt werden, werden gemäss IV wie andere psychische Störungen von Kindern (nach Art. 12 IVG) beurteilt.

Das POS-Konzept der IV geht davon aus, dass das POS entweder aufgrund einer minimalen, strukturellen Gehirnschädigung oder einer verzögerten Entwicklung eines oder mehrerer Hirnareale entsteht.

Die IV verlangt für die Anerkennung eines POS (Geburtsgebrechen GgV 404):

- Es muss eine kinderärztliche oder kinderpsychiatrische Untersuchung stattfinden.
- Eine geistige Behinderung muss sicher ausgeschlossen werden können.
- Es darf nicht als Folge aus einer anderweitigen Beeinträchtigung resultieren (z.B. Trauma, Infekt, reaktives psychisches Leiden, Verwahrlosung).

Zudem müssen folgende Kriterien gesamthaft (kumulativ), aber nicht gleichzeitig vorhanden sein:

- Verhaltensstörungen mit sozialen Auswirkungen
- Störungen des Antriebs
- Störungen des Erfassens und Erkennens (Kognition oder Wahrnehmung)
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit (Aufmerksamkeit)
- Störungen des Gedächtnisses (Merkfähigkeit).

Die IV fordert eine Diagnosestellung und eine bereits begonnene Behandlung vor dem 9. Geburtstag. Als Behandlung werden anerkannt:

- medizinische / medikamentöse Therapie durch einen Arzt, eine Ärztin
- Ergotherapie
- Psychomotorik-Therapie
- Psychotherapie

Die 9-Jahres-Grenze gilt entsprechend der Verordnung über Geburtsgebrechen GgV 404 ausschliesslich für medizinische-therapeutische Leistungen der IV.

Der Schulpsychologische Dienst (SPD) kann in Absprache mit berechtigten Fachpersonen den neuropsychologischen Teil der Abklärung übernehmen, wo u.a. Intelligenz, Gedächtnisleistung, Wahrnehmungsfähigkeiten und Verhalten des betroffenen Kindes erfasst werden. Besucht das Kind die Psychomotorik-Therapie, besteht der Kontakt zum Kinderarzt bereits. Weitere Abklärungen müssen entweder von einer Kinderärztin, einem Kinderpsychiater oder vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) durchgeführt werden. Falls sämtliche oben aufgelisteten Punkte erfüllt sind, stellt die ärztliche Fachperson die POS-Diagnose. Danach können die Eltern ihr Kind bei der IV anmelden und die medizinische Fachperson füllt den von der IV zugesandten Arztbericht aus.

## 2.2. ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)

Der Begriff ADS ist gekennzeichnet durch ein durchgehendes Muster von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität, das häufiger auftritt und stärker ausgeprägt ist, als es bei Kindern auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise beobachtet werden kann (vgl. Döpfner, Schürmann & Frölich, 1998):

### *Aufmerksamkeitsstörungen*

Die Kinder oder Jugendlichen können sich nur für kurze Zeit auf eine Sache konzentrieren und lassen sich leicht ablenken. Es fällt ihnen schwer, begonnene Tätigkeiten zu Ende zu bringen. Es unterlaufen ihnen dadurch häufig Flüchtigkeitsfehler. Dieses Verhalten ist meist bei Tätigkeiten zu beobachten, die von anderen vorgegeben werden (z.B. Hausaufgaben, Aufgaben in der Schule). Seltener beobachtet man diese Auffälligkeiten auch bei Beschäftigungen, welche die Kinder und Jugendlichen selbst wählen.

### *Impulsivität*

Die Kinder oder Jugendlichen folgen häufig ihrem ersten Einfall und denken nicht an die Folgen. Sie handeln oft plötzlich und ohne zu überlegen: Sie beginnen Hausaufgaben, ohne sich die Aufgabe durchzulesen, sie platzen mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, sie unterbrechen andere und können kaum abwarten, bis sie an der Reihe sind. Dieses Verhalten sollte deutlich stärker ausgeprägt sein als es normalerweise bei Kindern und Jugendlichen gleichen Alters vorkommt.

### *Hyperaktivität*

Die Kinder oder Jugendlichen weisen eine erhöhte Ruhelosigkeit auf und fallen durch ein ständiges Zappeln auf. Sie stehen im Unterricht, bei Hausaufgaben oder während des Essens häufig auf. Bei einer Aufforderung, ruhig zu sein oder sitzen zu bleiben, gelingt ihnen dies nur für sehr kurze Zeit. Im Jugendalter ist die äussere Unruhe geringer, aber es kann noch eine starke innere Unruhe und Anspannung auftreten.

Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten sind in verschiedenen Formen zu beobachten (Döpfner, Schürmann & Frölich, 1998):

#### *a) Mischtyp*

Es liegen sowohl Aufmerksamkeitsstörungen als auch Hyperaktivität und Impulsivität vor.

#### *b) Vorherrschend unaufmerksamer Typ*

Es liegen vor allem Aufmerksamkeitsstörungen vor, während Hyperaktivität und Impulsivität nicht oder nicht stark ausgeprägt sind.

Vollständigkeitshalber sei noch erwähnt, dass eine zusätzliche Ausprägung existiert, die im Alltag oft als 'stilles POS' bezeichnet wird. Diese Ausprägung ist durch Hypoaktivität, also durch Unter-Aktivität, gekennzeichnet (Spallek 2001): In diesem Fall schlägt sich die Aufmerksamkeitsstörung weniger in körperlicher Unruhe nieder, sondern in geistiger Bewegung. Die Betroffenen verlieren sich in einer Traumwelt, die jedoch hyperaktiv sein kann: An einem Ort voller Gefahren kämpfen diese Kinder in ihrer Phantasie als Ritter oder Prinzessinnen gegen Drachen und unheimliche Wesen. Hypoaktive Kinder werden nicht unbedingt durch äussere Dinge abgelenkt, sondern vor allem durch ihre inneren Bilder und Märchenphantasien. Die innere Unruhe zeigt sich in feinen, kleinen Körperbewegungen wie beispielsweise Fingernägel abbeissen, an Hautunebenheiten zupfen oder mit den eigenen Haaren spielen. Solche Kinder wirken auf ihr Umfeld abwesend oder aber sie fallen gar nicht auf.

c) *Vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ*

Es liegt vor allem Hyperaktivität und Impulsivität vor, während Aufmerksamkeitsstörungen nicht oder nicht stark ausgeprägt sind.

Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten können verschieden stark ausgeprägt sein: Manche Kinder und Jugendliche sind durch ihre Verhaltensweisen in der Schule und/oder zu Hause kaum tragbar, bei manchen treten die auffälligen Verhaltensweisen nicht in allen Situationen im gleichen Ausmass auf. Der Übergang zwischen einem 'normalen' und einem 'auffälligen' Verhalten ist fließend. Die Diagnosestellung, Therapieplanung und die darauf folgende Begleitung erfolgt im optimalen Fall in Zusammenarbeit zwischen medizinischen und psychologischen Fachstellen und dem Schulpsychologischen Dienst.

2.3. Weitere Begriffe

Für die Aufmerksamkeitsstörung werden im täglichen Sprachgebrauch und in der Fachliteratur verschiedene Bezeichnungen verwendet (Thierstein, 1999):

<b>Abkürzung</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>gebräuchlich</b>
ADD	Attention Deficit Disorder	weltweit
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	weltweit
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitstörung	in deutschsprachigen Ländern
POS	Frühkindliches psychoorganisches Syndrom	nur in der Schweiz
HKS	Hyperkinetisches Syndrom oder hyperkinetische Störung	v.a. in Deutschland

In der Schweiz ist POS der gebräuchlichste Begriff. In Deutschland wurde lange der Begriff HKS verwendet. Zunehmend setzt sich der Begriff ADS, aus der amerikanischen Übersetzung des Begriffs 'Attention-Deficit-Disorder' durch. Kommt eine motorische Hyperaktivität dazu, spricht man von ADHS.

**3. Abgrenzung zu anderen Störungen**

---

Wenn ein Kind oder junger Mensch über einen längeren Zeitraum Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten und impulsives Verhalten zeigt, dann heisst das nicht ohne weiteres, dass ein ADS/POS vorliegt, denn diese Verhaltensauffälligkeiten können auch bei anderen Störungen oder Belastungen auftreten, wie z.B.:

- bei einer Lernbehinderung bzw. Intelligenzminderung
- bei schulischer Über- / Unterforderung
- durch Nebenwirkungen von Medikamenten und Drogen
- bei Ängsten und Stress (z.B. Prüfungsangst)
- bei grossen familiären Belastungen
- bei psychischen Störungen
- bei grossen sozialen Problemen
- bei Erziehungsproblemen
- als Folge von Traumata

Inwiefern die beobachteten Konzentrationsschwierigkeiten und/oder die Unruhe auf eine Aufmerksamkeitsstörung oder auf eine andere Störung zurückzuführen ist, kann im Rahmen einer schulppsychologischen Untersuchung geklärt werden.

#### **4. Auswirkungen von ADS / POS**

---

Das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom bzw. das psychoorganische Syndrom tritt selten alleine auf. Vielfach treten bei Kinder und Jugendliche mit dieser Diagnose noch weitere (Folge-) Probleme auf, die teilweise bis ins Erwachsenenalter anhalten

##### 4.1. Im Kindes- und Jugendalter

###### *Leistungsprobleme in der Schule*

Meistens unterscheiden sich Kinder oder Jugendliche mit ADS/POS in ihrer Begabung nicht von anderen Kindern und Jugendlichen. Oftmals leiden sie aber unter einer Teilleistungsschwäche, d.h. entweder unter einer Lese- / Rechtschreibschwäche oder unter einer Rechenschwäche und wiederholen folglich häufiger eine Klasse. Vermehrt fallen auch Ungeschicklichkeiten und Koordinationsschwierigkeiten, welche ein schlechtes Schriftbild verursachen, auf.

###### *Aggressives Verhalten*

Am häufigsten zeigen Kinder oder Jugendliche mit ADS/POS zusätzlich aggressives und oppositionelles Verhalten. Sie befolgen wichtige Regeln in der Familie oder in der Schule nicht, reagieren nicht auf Anweisungen von Erwachsenen. Auch bekommen sie häufig Wutausbrüche und streiten sich sehr häufig mit ihren Geschwistern oder anderen Kindern. Im Jugendalter werden wichtige soziale Regeln übergangen: Manchmal wird z.B. gelogen, gestohlen, die Schule geschwänzt oder sie geraten durch ihr Verhalten mit dem Gesetz in Konflikt.

###### *Motorische Probleme*

Meistens können ADS/POS-Kinder ihre Bewegung nicht oder nur mangelhaft steuern und kontrollieren. Anpassungen der Bewegung in Raum, Kraft und Zeit sind oft nicht adäquat.

###### *Ablehnung durch Gleichaltrige*

Viele Kinder mit ADS/POS versuchen, andere zu dominieren und zu kontrollieren oder stören durch ihr hyperaktives Verhalten ständig beim Spiel. Sie werden als Störenfriede wahrgenommen und deshalb ausgegrenzt.

###### *Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen*

Durch die Ablehnung und die Misserfolge bei schulischen Leistungen können die betroffenen Kinder Ängste und Unsicherheiten entwickeln und trauen sich weniger zu als andere.

###### *Familiäre Probleme*

Ein Kind oder der junge Mensch mit ADS/POS stellt für die ganze Familie eine grosse Herausforderung dar. Teilweise leiden die Geschwister unter deren Dominanz oder fühlen sich neben dem viel Aufmerksamkeit benötigten Geschwister vernachlässigt. Dies kann zu grossen familiären Belastungen bis zur Gefährdung der elterlichen Paarbeziehung führen.

## 4.2. Im Erwachsenenalter

Früher wurde angenommen, dass ein ADS/POS im Verlaufe der Pubertät verschwindet. Neuere Befunde deuten stark darauf hin, dass oft bloss eine Verschiebung der Symptomatik stattfindet. Die Hyperaktivität nimmt meist ab, während Konzentrationsprobleme und Impulsivität weiter bestehen. Unbeständigkeit im Beruf oder Beziehungen können auch Depressionen und andere psychische Störungen nach sich ziehen, was ein ADS/POS überdecken und die korrekte Diagnose und Behandlung erschweren kann.

Da bei ADS/POS ein hoher erblicher Faktor angenommen wird, empfiehlt es sich, bei Kindern mit ADS/POS zu prüfen, ob auch ein Elternteil betroffen ist. Die eh schon anspruchsvolle Erziehungssituation kann durch Reste eigener Impulsivität zusätzlich erschwert sein. Auch im Erwachsenenalter sind psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen möglich.

## **5. Positive Aspekte des ADS/POS**

---

Wie jede Medaille zwei Seiten hat, können auch die typischen ADS/POS Verhaltensmerkmale von zwei Seiten her betrachtet und beurteilt werden: Ist das Kind bzw. der junge Mensch ehrlich oder frech? Ist sie chaotisch oder kreativ? Spontan oder impulsiv, ablenkbar oder vielseitig interessiert? Ist er ein Träumer oder hat er Phantasie? Ist sie sehr bewegungsbedürftig oder hyperaktiv? Um dem Kind oder dem jungen Mensch die Entwicklung eines stabilen Selbstbildes zu ermöglichen, sollten sich bei grossen Bewertungsunterschieden alle am Erziehungsprozess beteiligten Personen aussprechen und auch die positiven Aspekte der ausgeprägten Verhaltensmerkmale hervorheben.



## **6. Unterscheidung medizinische und schulpyschologische Untersuchung von ADS/POS**

---

Voraussetzung für eine richtige Behandlung ist die richtige Diagnose. Hinsichtlich der Diagnose und der Behandlung ADS/POS kann eine medizinische und/oder eine schulpyschologische Untersuchung sowie Begleitung in Anspruch genommen werden.

*Eine medizinische Untersuchung und Begleitung ist im Zusammenhang mit ADS/POS erforderlich für:*

- eine POS-Diagnosestellung zwecks Übernahme einer Behandlung
- eine Anerkennung der Diagnose durch die IV zwecks Übernahme allfälliger Behandlungskosten
- eine medikamentöse Massnahme

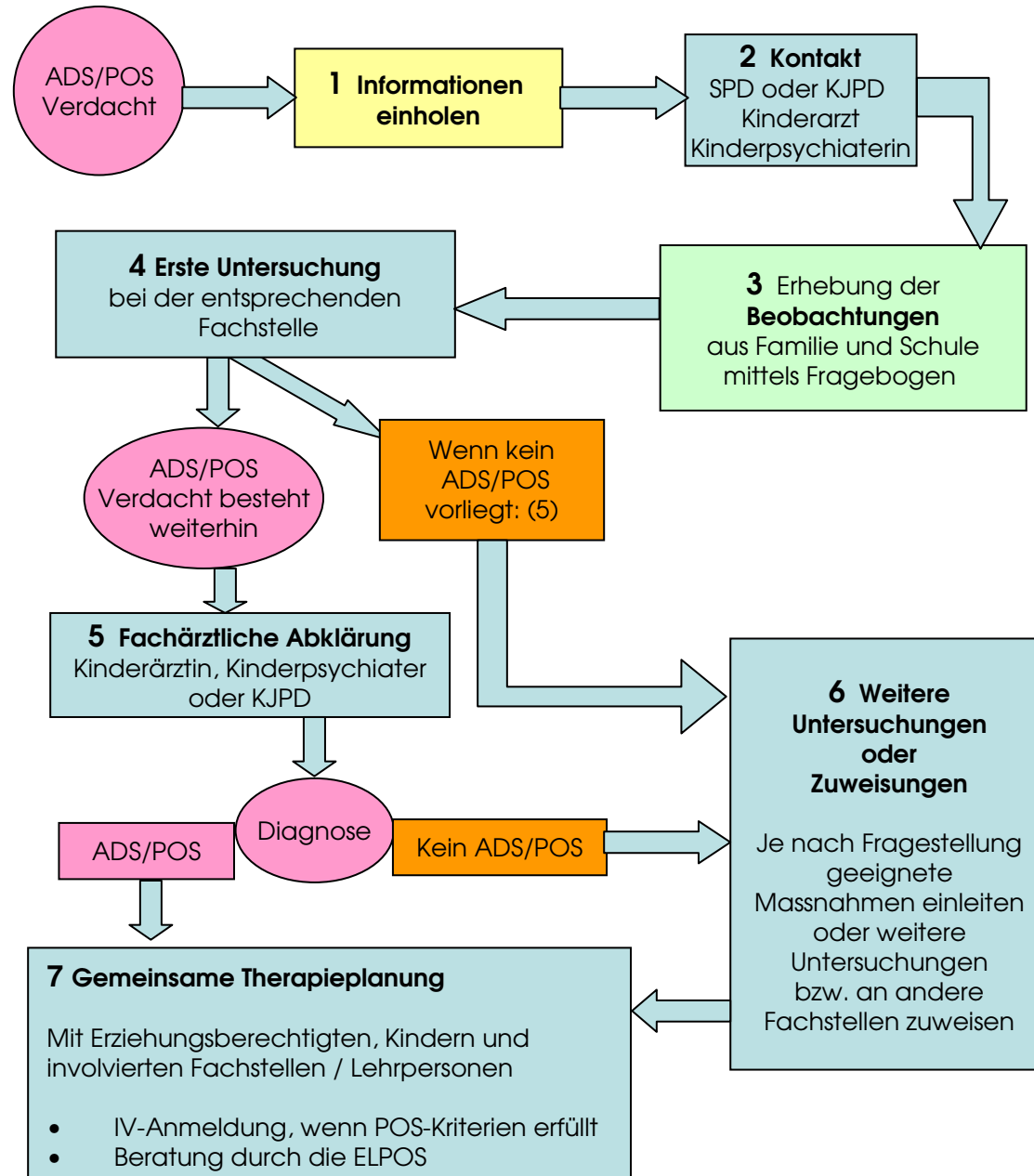
*Eine schulpyschologische Untersuchung macht Sinn bei der Klärung,*

- ob die schulischen Leistungsprobleme und / oder die Verhaltensprobleme auf ein ADS/POS oder auf andere Faktoren zurückzuführen sind
- ob eine zusätzliche Teilleistungsschwäche (Lese- und Rechtschreibstörung, Rechenstörung) vorliegt
- der Therapieplanung, d.h. welche schulischen, therapeutischen und erzieherischen Massnahmen notwendig sind

Der Schulpyschologische Dienst, die medizinischen Abklärungsstellen (Kinderärzte, Kinderpsychiaterinnen, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) und andere involvierte Therapiestellen (z.B. Psychomotorik-Therapie, Logopädie) sollten zum Wohle des Kindes zusammenarbeiten: Die Angebote ergänzen und überschneiden sich teilweise und sind auch von einem Anbieter zum anderen unterschiedlich. Wir beschränken uns deshalb darauf, zum Schluss nochmals die Angebote der Schulpyschologischen Dienste festzuhalten: Der Schulpyschologische Dienst kann bei der Fragestellung ADS/POS:

- die Vorabklärungen treffen
- Unterstützung bei schulischen und erzieherischen Fragestellungen anbieten
- die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stellen koordinieren, sowie Weiterweisungen vornehmen und
- bei Konfliktsituationen (z.B. zwischen Eltern und Lehrperson) vermitteln.

## 7. Ablaufschema bei ADS/POS Abklärungen



### Erläuterungen zum Ablaufschema

- 1) Betroffene oder Ratsuchende holen Informationen ein (siehe Kapitel „Adressen/Links“).
- 2) Schulpsychologischer Dienst, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) oder Kinderarzt, Kinderpsychiaterin, werden zur Beratung kontaktiert.
- 3) Erhebung der Beobachtungen. Dazu empfehlen wir die Fragebogen aus dem DISYPS (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV).
- 4) Stehen schulische Schwierigkeiten und/oder Verhaltensprobleme im Vordergrund ist eine Erstabklärung beim SPD sinnvoll. Fallen vorwiegend motorische Probleme auf, ist eine Erstabklärung bei der Psychomotorik-Therapie hilfreich. Andernfalls kann direkt zur fachärztlichen Abklärung geschritten werden.
- 5) Eine fachärztliche Abklärung soll zum Ausschluss anderweitiger Diagnosen dienen und ist für eine allfällige IV-Anmeldung vor dem 9. Lebensjahr unerlässlich.
- 6) Die Notwendigkeit und Form einer weiteren Behandlung hängt von der Art und vom Schweregrad der Beeinträchtigung des Klienten in seinem Alltag ab.
- 7) Eine gemeinsam mit den involvierten Fachpersonen erstellte Planung für Therapie und Systembegleitung ist für eine erfolgreiche Intervention wichtig.

## 8. Literaturangaben

---

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt M.H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinische-diagnostische Leitlinien. ICD-10*. Bern: Huber
- Döpfner, M. & Lemkuhl, G. (1998). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber
- Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J. (1998). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Weinheim: Beltz
- Ruf-Bächtiger, L. (2003). *Frühkindliches psychoorganisches Syndrom - POS, ADS*. Stuttgart: Thieme Georg Verlag.
- Sass, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe
- Spallek, R. (2001). *Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom*. Walter Verlag: Düsseldorf.
- Steinhausen, H.C. (2005). *Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität-Störung (ADHS)- Empfehlungen*. Zentrum für Kinder und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich.  
[www.adhs.ch/download/steinhausen\\_adhs.pdf](http://www.adhs.ch/download/steinhausen_adhs.pdf)
- Thierstein, C. (1999). *POS, ADS und HKS. Eine Hilfestellung*. Bern: Haupt

## 9. Literaturempfehlungen

---

### 9.1. ADS/POS bei Kindern und Jugendlichen

- Aust-Claus Elisabeth, Hammer Petra Marina (2004). **Das A.D.S. - Buch. Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer.** Ratingen: Oberstebrink & Partner.
- Barkley Russel A. (2002). **Das grosse ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität.** Bern: Huber & Lang.
- Döpfner Manfred, Frölich Jan, Lehmkuhl Gerd (2000). **Ratgeber Hyperkinetische Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher.** Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner Manfred, Schürmann Stephanie, Lehmkuhl Gerd (2000). **Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten.** Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fitzner Thilo, Stark Werner (Hrsg.) (2001). **ADS: verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität.** Weinheim: Beltz.
- Flick Grad L. (1998). **Aufmerksamkeitstraining für impulsive Kinder.** Kreuzlingen: Ariston.
- Freed Jeffrey, Parsons Laurie (2001). **Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders. Wie Eltern ihren hyperaktiven Kindern helfen können, die Schule zu meistern.** Weinheim: Beltz.
- Lauth Gerhard W., Schlottke Peter F., Naumann Kerstin (2001). **Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei Überaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen.** München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Neuhaus Cordula (2002). **Das hyperaktive Kind und seine Probleme.** Berlin: Urania Ravensburger.
- Neuhaus Cordula (2003). **Das hyperaktive Baby und Kleinkind. Symptome deuten - Lösungen finden.** Berlin: Urania Ravensburger.
- Neuhaus Cordula (2003). **Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Erwachsene werden mit ADS. Was Eltern tun können.** Berlin: Urania Ravensburger.
- Reimann-Höhn Uta (2002). **Langsam und verträumt. ADS bei nicht-hyperaktiven Kindern.** Freiburg: Herder.
- Reimann-Höhn Uta (2004). **ADS. So stärken Sie Ihr Kind. Was Eltern wissen müssen und wie sie helfen können.** Freiburg: Herder.
- Simchen Helga (2004). **ADS. Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind.** Stuttgart: Kohlhammer.
- Skrodzki Klaus, Urzinger Marianne S., Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (Hrsg.) (1999). **Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht.** Donauwörth: Auer Verlag.
- Thierstein Claudia (1999). **POS, ADS und HKS. Eine Hilfestellung.** Bern: Haupt.

## 9.2. ADS/POS bei Erwachsenen

Claus Dieter, Aus-Claus Elisabeth, Hammer Petra-Marina (2004). **A.D.S. – das Erwachsenenbuch. Neue Konzentrations- und Organisationshilfen für Ihr Berufs und Privatleben.** Ratingen: Oberste Brink.

Ryffel-Rawak Doris (2003). **Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben.** Bern: Huber

Ryffel-Rawak Doris (2004). **ADHS bei Frauen – den Gefühlen ausgeliefert.** Bern: Huber

## **10. Adressen/Links**

---

Da Eltern von ADS-Kindern oft schwierige Situationen zu meistern haben, zu welchen auch Fachleute keine Patentrezepte anbieten können, sind im Laufe der Zeit viele verschiedene - leider oft auch zwielichtige - "Therapiemethoden" entstanden. Lösungsangebote reichen von Diäten und Tropfen über Algen, Steine und Farben bis zu den Sternen und Ausserirdischen. Angebote, die übermässige Heilsverprechungen machen sind kritisch zu hinterfragen, ebenso solche, die einfache Rezepte vorschlagen und klare Schuldige bezeichnen. Wenn man dies im Kopf behält, kann das Suchen im Internet gute Informationen liefern. Wir empfehlen die nachstehenden Links.

### 10.1. Selbsthilfegruppe

#### **Elpos Zentralschweiz**

Beratungsstelle und Sekretariat

Postfach, 6000 Luzern 15

Telefon: 041 370 51 01 (Mo 14:00 - 17:00; Mi + Fr 8:00 - 11:00)

E-Mail: [zentralschweiz@elpos.ch](mailto:zentralschweiz@elpos.ch), Homepage: '[www.elpos.ch](http://www.elpos.ch)'

### 10.2. Fachspezifische Informationen

['www.adhs.ch'](http://www.adhs.ch)

['www.pos.vtspace.ch'](http://www.pos.vtspace.ch)

['www.hypies.de'](http://www.hypies.de)

[www.psychomotorik-therapie.ch](http://www.psychomotorik-therapie.ch)

### 10.3. Leitfaden

['www.fsb.lu.ch'](http://www.fsb.lu.ch)

Leitfaden für Lehrpersonen und schulische Dienste bei Verdacht auf ADS/POS

['www.lilly-pharma.de/pdf/broschueren/pm478004.pdf'](http://www.lilly-pharma.de/pdf/broschueren/pm478004.pdf)

Leitfaden ads/adhs; eine Informationsbroschüre des Hamburger Arbeitskreises

['www.gesundheit.nuernberg.de/download/ads\\_broschuere.pdf'](http://www.gesundheit.nuernberg.de/download/ads_broschuere.pdf)

Leitfaden und Beratungsführer für den Raum Nürnberg; zur Diagnostik und Therapie des Aufmerksamkeitsdefizitssyndroms ADS mit oder ohne Hyperaktivität