



Der direkte Weg zur **ADHS-Diagnose**

Sichere Schritte mit zuverlässigen Resultaten:
6 Patiententypen leitlinienkonform, mit überschaubarem
Aufwand diagnostisch neu bewerten.

Dr. Sabine Krämer
PD Dr. Bernhard Kis



1

Der direkte Weg zu Ihrer ADHS-Diagnose

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

das wachsende Interesse an der Indikation Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) freut uns sehr, besonders weil sich die wichtige Versorgung erwachsener Patienten noch nicht so entwickelt, wie es angesichts der Prävalenz der Erkrankung wünschenswert wäre. Das liegt zum einen daran, dass viele Ärzte in der allgemein-psychiatrischen Praxis die ADHS mit einer zeit- sowie ressourcenintensiven Diagnostik verbinden. Zum anderen überdecken Komorbiditäten das Störungsbild und erschweren eine korrekte Diagnose zusätzlich.

Die Diagnose ADHS wird – wie bei allen anderen psychiatrischen Erkrankungen auch – klinisch gestellt. Wenn Ihnen das Vorgehen bislang beschwerlich erschien, wird Sie die vorliegende Broschüre positiv überraschen. Sie zeigt praktikable Wege zu einer leitlinienkonformen Diagnostik mit zuverlässigen Resultaten auf.

Statistisch sind bislang nicht diagnostizierte Patienten mit ADHS in jeder psychiatrischen Praxis vertreten. Oftmals handelt es sich um außergewöhnliche, interessante und kreative Menschen, die für die Feststellung und Behandlung ihrer ADHS sehr dankbar sind. Eine intensivere diagnostische und therapeutische Auseinandersetzung kann daher auch uns selbst mitunter in besonderem Maße bereichern und motivieren.

Mit kollegialen Grüßen
Sabine Krämer und Bernhard Kis

Inhalte

Erwachsene Patienten mit ADHS:	
In der Praxis längst angekommen	04
Epidemiologie der ADHS.....	04
Psychische Erkrankungen in Europa.....	05
Patiententyp: Mein Kind hat ADHS.....	06
Patiententyp: ADHS – wenn das H fehlt	08
Patiententyp: ADHS schon in der Kindheit.....	10
Patiententyp: Dr. Google.....	12
Patiententyp: Diffuse Symptomatik	14
Patiententyp: Schummernde Symptome	16

ADHS unerkannt:	
Diagnostische Neubewertung	
mit zuverlässigen Resultaten	18
Differenzialdiagnose der ADHS	18
Häufigkeit von Begleiterkrankungen	19
Beispiele für wichtige Differenzialdiagnosen:	
Symptome und Symptomüberlappungen	20

Sichere ADHS-Diagnose:	
Aufwand ist überschaubar	22
Leitlinienkonformes Vorgehen	22
Standardisierte Hilfen zur Diagnostik	23
IDA-R: Integrierte Diagnose der ADHS	
im Erwachsenenalter	24
Checkliste und Hausarztbrief	26



Erwachsene Patienten mit ADHS: IN DER PRAXIS LÄNGST ANGEKOMMEN!

Epidemiologie der ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter ist mit einer weltweiten Prävalenz von 5,3 % eine häufige Erkrankung.¹ Dieses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestens bekannte Störungsbild hat längst Einzug in der Erwachsenenpsychiatrie gehalten – auch wenn sich das Märchen der „Modediagnose“ erstaunlich hartnäckig hält.

Kinder werden erwachsen und mit ihnen ihre ADHS, wobei die Symptomatik zwar entwicklungsabhängige Veränderungen zeigt, aber in ca. 50 % der Fälle persistiert und meist zu erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen führt.² Auf Basis der DSM-IV-Kriterien wurde die Häufigkeit der ADHS im Erwachsenenalter weltweit auf 2,8 %³ bzw. deutschlandweit auf 4,7 %⁴ geschätzt. Demzufolge sprechen wir von etwa einer Million behandlungsbedürftigen Erwachsenen mit ADHS. Umso erstaunlicher ist es, dass dieses Krankheitsbild in der psychiatrischen Praxis immer noch so wenig Beachtung findet.

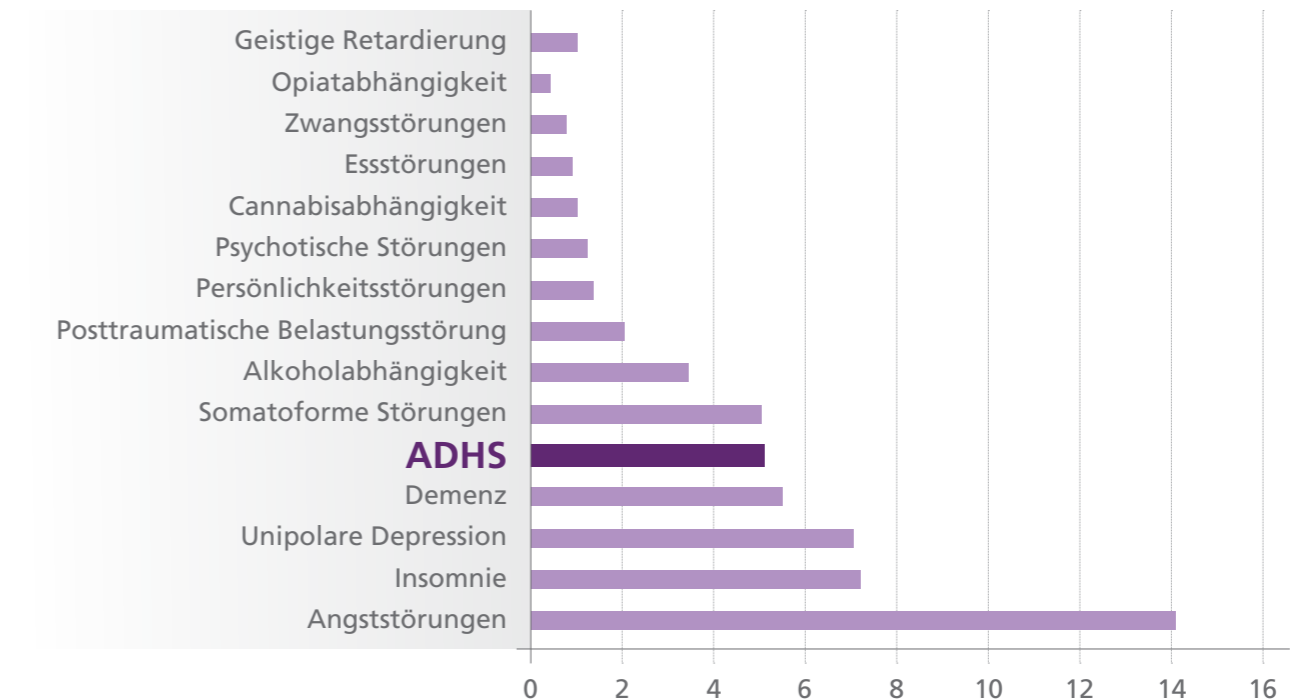
Hand auf's Herz: Wie viele Patienten mit ADHS haben Sie?
Vermutlich deutlich mehr, als Sie bislang diagnostiziert haben!

Erschreckenderweise werden in Deutschland nur etwa 10 % der betroffenen Patienten fachgerecht behandelt.

¹ Polanczyk G et al. Am J Psychiatry. 2007; 164(6): 942–8. ² Sibley MH et al. Lancet Psychiatry. 2016; 3(12): 1157–65. ³ Fayyad J et al. Atten Defic Hyperact Disord. 2017; 9(1): 47–65. ⁴ de Zwaan M et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2012; 262(1): 79–86. ⁵ Bachmann C et al. Dtsch Arztebl Int. 2017; 114: 141–8. ⁶ Wittchen HU et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2011; 21(9): 655–79.

Die Häufigkeit der Diagnosestellung liegt eindeutig unterhalb der in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenzdaten.⁵ Erwachsene mit ADHS werden also überwiegend nicht behandelt, weil ihre Problematik differenzialdiagnostisch missverstanden oder aufgrund der klinischen Dominanz von komorbiden Störungen überdeckt wird.

Psychische Erkrankungen in Europa 12-Monats-Prävalenz (Angaben in %)



Modifiziert nach Wittchen HU et al. 2011⁶

Höchste Zeit, das zu ändern! Und für den Fall, dass Sie nun gedanklich die Hände über dem Kopf zusammenschlagen und sich sagen „Wie viele Patienten soll ich denn noch behandeln, meine Praxis ist schon jetzt völlig überlaufen“, können wir Sie beruhigen: Sie haben diese Patienten ohnehin bereits in Ihrer Patientenschaft! Machen Sie sich auf den nächsten Seiten ein Bild davon ...

Patiententyp: MEIN KIND HAT ADHS

Aktuelle Symptomatik

Die 39-jährige Patientin stellt sich gemeinsam mit ihrem Ehemann vor. Zu diesem Termin habe ihr die Kinder- und Jugendpsychiaterin geraten, die den Sohn wegen ADHS behandelt. Sie berichtet Probleme im Beruf als Krankenschwester. Seit ca. einem halben Jahr muss sie zunehmend organisatorische Aufgaben übernehmen. Stressbedingt leidet sie unter Schlafstörungen. Sport, der ihr sonst immer geholfen habe, bringe zurzeit nichts.

Anamnese

In Bezug auf die Diagnose beim Sohn waren sich die Eltern nie einig. Die Mutter war sehr skeptisch und lehnte eine medikamentöse Behandlung zunächst ab. Der Vater dagegen war aufgeschlossen und freute sich über den Erfolg eines später gestarteten Behandlungsversuchs mit Psychostimulanzien. Er hatte über familiäre Häufung bei ADHS gelesen und seine Frau zu diesem Termin „gedrängt“. Denn Konzentrationsprobleme, Ablenkbarkeit, Zettelwirtschaft und Temperamentsausbrüche kenne er schon lange. Den Haushalt manage er weitestgehend allein, dafür verzichte er auf beruflichen Aufstieg. Sie sei kreativ und Sorge für die guten und zuweilen schlechten Launen in der Familie. Diesen Wesenszug kenne er auch von seiner Schwiegermutter.

„DER APFEL
FÄLLT NICHT
WEIT VOM
STAMM“

Aktuelle Diagnose

Die gemeinsame Exploration lässt auf eine kombinierte ADHS schließen. Symptome wie Konzentrationsdefizit, Ablenkbarkeit, impulsives Verhalten, Desorganisation und innere Unruhe können in der biografischen Anamnese bis in die Grundschulzeit zurückverfolgt werden. Daneben finden sich Hinweise auf ein depressives Syndrom.

Das weitere Vorgehen

Psychoedukation half der Patientin, ihre ablehnende Haltung gegenüber dem psychischen Krankheitskonzept abzulegen. Es stellte sich heraus, dass sie sich für die Problematik des Sohnes verantwortlich fühlte („sei es vererbt oder erlernt“). Nach Auflösung dieses inneren Konflikts kann sie die Diagnose ADHS akzeptieren und eine medikamentöse Behandlung beginnen. Parallel findet eine psychotherapeutische Bearbeitung der Motive „Aufopferungsbereitschaft“ und „erhöhte Leistungsstandards“ statt.

Fazit

Im Familienkontext geschilderte Probleme (Fremdwahrnehmung und -anamnese) sollten ernst genommen werden, dies auch dann, wenn nach Eigenwahrnehmung kein Leidensdruck durch eine ADHS besteht. Psychotherapeutische Intervention bzw. Psychoedukation kann die Akzeptanz für die Diagnose erhöhen.



Patiententyp: ADHS – WENN DAS H FEHLT

Aktuelle Symptomatik

Die 26-jährige Patientin wirkt im ersten Kontakt sehr aufgewühlt. Sie berichtet, seit ihrem 12. Lebensjahr immer wieder in Psychotherapien gewesen zu sein, die sie allerdings nie länger durchhielt. Anlass dazu waren eine ausgeprägte Versagensangst sowie heftige emotionale Schwankungen und Impulsivität.

Anamnese und frühere Therapie

Schon seit der weiterführenden Schule hatte sie Probleme, sich auf den Unterricht zu konzentrieren. Schüchtern und verträumt, versank sie gerne in ihre Welt und hing eigenen Gedanken nach. Von den Lehrern wurde sie oft ermahnt und ihre Mitschüler bezeichneten sie als „Nix-Checker“, worunter ihr Selbstbewusstsein erheblich litt. Als der Schulabschluss in Gefahr war, brach die junge Frau zusammen. Im Rahmen eines stationären Klinikaufenthalts wurde die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung gestellt. So ganz habe sie sich selbst in der Diagnose nicht wiederfinden können, vor allem da sie kein selbstverletzendes Verhalten zeigt und in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen recht stabil ist. In einer Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie habe sie viele wertvolle Strategien kennengelernt, sieht sich jedoch häufig außerstande, diese anzuwenden.

„MEINE
GEDANKEN
GEHEN OFT
SPAZIEREN“



Zusätzlich zu den geschilderten Defiziten in der Emotionskontrolle berichtet die Patientin über Konzentrationsstörungen und eine schlechte Arbeitsorganisation, die ihr das Gefühl geben, „nichts auf die Reihe zu bekommen“.

Aktuelle Diagnose und weiteres Vorgehen

In der vertieften Diagnostik ließ sich die Verdachtsdiagnose einer adulten ADS bestätigen, während die Kriterien für die diagnostizierte Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt waren. Nach eingehender Aufklärung und Beratung wurde eine medikamentöse Therapie mit einem retardierten Methylphenidat-Präparat begonnen. Die Patientin berichtet, sie könne inzwischen besser mit ihren Impulsen umgehen und das eigene Handeln bewusster steuern. Sie sei emotional ausgeglichener und schaffe es oft, in sich zu ruhen.



Fazit

Für die Patientin war überraschend, dass es ihr nun ohne größere Anstrengung gelingt, die im Laufe der langjährigen Therapien erlernten Verhaltensstrategien anzuwenden und in ihren Alltag zu integrieren. Insbesondere Techniken zur Verbesserung der Impulskontrolle fallen ihr deutlich leichter, was zu einer Entlastung von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen führt.

Patiententyp: ADHS SCHON IN DER KINDHEIT

Aktuelle Symptomatik

21-jähriger Patient, bei dem die Diagnose ADHS im Alter von 7 Jahren gestellt wurde, schildert sich selbst als „chaotisch“. Defizite in der Selbstorganisation sowie Prokrastination sind schon länger bekannt, ebenso innere Unruhe, Nervosität und Impulsivität. „Eine Zeit lang ging es“, aber jetzt macht er sich Sorgen, wegen anhaltender Konzentrationsstörungen, leichter Ablenkbarkeit, z. B. beim Zuhören, und Flüchtigkeitsfehlern im bevorstehenden Studium zu scheitern.

Anamnese und frühere Therapie

Bei der Vorstellung berichtete die Mutter, dass ihr Sohn schon immer schwierig, eigensinnig und oppositionell gewesen sei, in letzter Zeit schlimmer als sonst. Die Eltern seien „mit den Nerven völlig am Ende“ und fühlten sich der Situation hilflos ausgeliefert. In der Schule war der Junge enorm ablenkbar und unachtsam, dazu unordentlich, sprunghaft und impulsiv. Von einer zeitnah begonnenen Behandlung mit Methylphenidat (MPH) hat der Patient mehrere Jahre profitiert, diese jedoch seit dem Eintritt in die Pubertät verweigert. Seine Leistungen blieben zunächst konstant, denn seine hohe Intelligenz kam ihm zugute. Der Symptombereich der Desorganisation war im familiären Umfeld gut kompensiert.

„ICH WAR
SCHON
IMMER EIN
CHAOT“



Aktuelle Diagnose und weiteres Vorgehen

Eine erneute diagnostische Evaluation bestätigt die Persistenz der ADHS, inzwischen vom überwiegend unaufmerksamen Subtyp. Der Patient stimmt einer medikamentösen Einstellung zu. Bereits unter 2 x 10 mg eines retardierten MPH-Präparats zeigt sich eine erhebliche Verbesserung der Zielsymptomatik: gesteigerte Konzentration, geringere Ablenkbarkeit und bessere Selbstorganisation. Im Verlauf nimmt der Patient das Medikament unregelmäßig ein, schließlich setzt er es ganz ab: „Ich habe das irgendwie aus den Augen verloren.“ In der neuen Situation – mit anspruchsvollen Aufgaben bei fehlender Unterstützung nach dem Auszug aus dem Elternhaus – fühlt er sich überfordert, sodass er letztlich das Studium abbricht.

Fazit

Eine Kompensation von ADHS-Symptomen ist vor allem intelligenten Jugendlichen zum Teil möglich. Im vorliegenden Fall war dies bei wachsenden externen Anforderungen nicht mehr gelungen. Die Einleitung einer medikamentösen Therapie war aufgrund des geschilderten Leidensdrucks indiziert.

Patiententyp: DR. GOOGLE

Eigendiagnose

Eine sympathische 20-jährige Studentin stellte sich mir verzweifelt vor, weil sie „nichts auf die Reihe kriegt“. Allein schon ihre kleine Wohnung sehe aus „wie ein Saustall“, obwohl sie eigentlich Ordnung liebt und sich in ihrem Chaos unwohl fühlt. Versuche sie, Ordnung zu schaffen, springe sie von einem zum anderen und nicht selten sehe es hinterher schlimmer aus als zuvor. Sie befürchtet, in ihrem Studium der Anglistik und Geschichte zu scheitern, weil sie beim Lernen schon nach kurzer Zeit abschweift: „Es ist, als hätte ich einen Schleier vor meinen Augen und Watte in meinem Gehirn, ich kann noch nicht einmal meine eigenen Gedanken klar erkennen.“

Unter dem Stichwort „Konzentrationsstörungen“ stieß die junge

Frau im Internet auf eine Beschreibung der ADHS, die sie gelesen habe, „als sei es ein Steckbrief“ von ihr. Schlagartig wurde ihr klar, dass sich ihre jetzigen Probleme wie ein roter Faden durch ihr bisheriges Leben zogen.

In der Schule war sie verträumt, galt bei ihren Mitschülern als „verpeilt“ und auch heute noch ist sie vergesslich und sorgt sich, ihre Freunde durch ihre Unzuverlässigkeit und Gedankenlosigkeit zu verprellen.

„DAS
INTERNET
HAT MIR
DIE AUGEN
GEÖFFNET“



Die Patientin beschreibt sich als unsicher und emotional, sie fühle sich rasch angegriffen und reagiere aufbrausend. Als Kind sei sie „wie ein Vulkan“ gewesen, sei oft in Wutausbrüchen explodiert und prügelte sich mit Mitschülern. Ihr hitziges Temperament wandelte sich mit Eintritt in die Pubertät, sie zog sich oft in sich zurück, fühlte sich unzulänglich und „dumm“. Das Gefühl, „irgendwie anders zu sein“, hat sie bis heute und erst durch den Artikel über ADHS „setzte sich alles wie ein Puzzle zusammen“.

Bestätigung durch den Facharzt

Schon im Erstkontakt wird die typische Symptomatik einer adulten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung deutlich, was die vertiefte Exploration unter Anwendung standardisierter Diagnosetools bestätigte. Auf einmal erklärten sich für sie die Probleme, mit denen sie sich schon seit der Kindheit plagte. Die Patientin reagierte auf die Diagnosemitteilung mit großer Erleichterung.

Patiententyp: DIFFUSE SYMPTOMATIK

Aktuelle Symptomatik

Der 46-jährige Patient wird wegen fehlender Verlässlichkeit nicht mehr als DJ gebucht. Er beschreibt zunehmende Belastung durch ausbleibende Aufträge, Schulden und finanziellen Druck. Nach einem erneuten Detox-Urlaub zeigt er sich motiviert für einen Cannabisentzug.

Anamnese und frühere Therapie

Der Patient wurde vor 5 Jahren mit der Praxis übernommen. Eine Angststörung wurde über mehrere Jahre erfolglos mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und modernen Psychotherapieverfahren behandelt (3. Welle Verhaltenstherapie: Achtsamkeit, Schematherapie sowie Akzeptanz- und Commitmenttherapie). Ein Ansprechen auf die Therapie war zwar gegeben, nach Absetzen der Medikation kam es aber jeweils rasch zu einem Rezidiv. Einen seit dem 19. Lebensjahr bestehenden Cannabismissbrauch begründet der Patient mit einer angstlösenden und als konzentrationsfördernd empfundenen Wirkung. Beides helfe ihm vor und während seiner Auftritte.

Aktuelle Diagnose

Eine erneute Exploration und biografische Anamnese geben Hinweise auf eine schlechte Selbstorganisation (Chaos in der Wohnung und bei der

„ANGST.
CANNABIS.
UND DAS
CHAOS MEINES
LEBENS“

Planung der Auftritte) und ausgeprägte Prokrastination. Durch den Cannabiskonsum werden motivationale Probleme und kognitive Störungen (insbesondere der Merkfähigkeit) verstärkt, ebenso die deutliche Ablenkbarkeit und Unruhe, die ihn sein Leben lang begleiten. Auf dieser Basis wird die Verdachtsdiagnose einer seit der Kindheit bestehenden ADHS gestellt.

Das weitere Vorgehen

Die Überprüfung und Bestätigung der Verdachtsdiagnose erforderte ein Setting, in dem Symptome des Cannabiskonsums, des Cannabisentzugs und der vermuteten ADHS unterschieden werden konnten. Entsprechend war ein stationärer qualifizierter Entzug mit anschließender ambulanter Nachsorge vorzunehmen. Während der stationären Behandlung eindosiertes Atomoxetin (ATX) plus SSRI besserte die Unruhe und Impulsivität, nicht jedoch die Konzentrationsproblematik. Hier brachte die Umstellung auf ein Psychostimulans eine deutliche Verbesserung. Bei aufrechterhaltener Abstinenz gelang dem Patienten erfreulicherweise der Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt.

Fazit

Den Durchbruch brachte das Bauchgefühl, hinter der Angst- und Substanzkonsumstörung könnte sich eine ADHS verbergen. Zielführend war die genaue biografische Anamnese, die zur Identifikation von ADHS-Symptomen über die Lebensspanne führte.

Patiententyp: SCHLUMMERNDE SYMPTOME

Aktuelle Symptomatik

Ein 34-jähriger Patient, Lehrer von Beruf, stellt sich nach Wohnortwechsel erstmals vor. Er schildert wiederholte Krisen am Arbeitsplatz wegen interaktioneller Störungen. Seinen Leistungseinsatz bezeichnet er als hoch. Auf ausbleibende Anerkennung wegen vieler nicht abgeschlossener Projekte reagiert er mit Kränkbarkeit und Abwertung des Umfeldes.

Anamnese und frühere Therapie

Anamnestisch finden sich rezidivierende depressive Einbrüche, die psychiatrisch und psychotherapeutisch ohne nachhaltigen Erfolg behandelt wurden. In den Krankheitsphasen berichtet der Patient hohe Ablenkbarkeit und Desorganisation, insbesondere bei zusätzlicher Belastung (z. B. unterbesetztem Sekretariat). Dann kommt es zu Reizbarkeit impulsiver Art, depressiver Stimmung und gesteigertem Alkoholkonsum. Die Problematik wird durch narzisstische Persönlichkeitszüge verstärkt, besteht jedoch auch unabhängig davon.

Aktuelle Diagnose

Mittels biografischer Anamnese und gezielter Exploration erhärtet sich die Verdachtsdiagnose ADHS. Typische Symptome lassen sich in der Grundschulzeit und über die Lebensspanne identifizieren, diese konnten jedoch dank interner und externer Ressourcen gut kompensiert werden. Neben einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur

„PERFEKTION
IST MEIN
DESASTER“



mit hohem Leistungseinsatz waren dies der Wechsel auf eine „strengere“ Ganztagschule, der „harte“ und strukturierende Erziehungsstil der Eltern sowie die organisatorische und emotionale Unterstützung durch die Ehefrau. Erst bei steigenden externen Anforderungen treten die schlummernden ADHS-Symptome funktionsbeeinträchtigend zutage.

Das weitere Vorgehen

Im Rahmen einer Psychoedukation konnte der Patient lernen, zwischen „erfolgreichen“ und „dysfunktionalen“ Ressourcen (z. B. Leistungsmotiv, Alkohol) zu differenzieren und erstere im Rahmen einer Verhaltensmodifikation einzusetzen. Eine Behandlung mit Psychostimulanzien verbesserte die ADHS-Symptomatik und die Lebensqualität nachhaltig.

Fazit

Symptome einer ADHS können erstmalig auch im Erwachsenenalter auftreten. Das kann u. a. daran liegen, dass sie durch interne oder externe Ressourcen erfolgreich unterdrückt wurden und erst nach deren Wegfall zutage treten und Leidensdruck verursachen. In solchen Fällen lohnt sich die genaue biografische Analyse und die gezielte Fahndung nach einer „verdeckten“ ADHS ganz besonders.

ADHS unerkannt: DIAGNOSTISCHE NEUBEWERTUNG MIT ZUVERLÄSSIGEN RESULTATEN

Wer kennt sie nicht, diese Patienten mit unspezifischen Symptomen wie Konzentrationsstörungen, Probleme am Arbeitsplatz, Tagesmüdigkeit auch bei ausreichendem Nachtschlaf, Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen, Versagensängste, niedriges Selbstwertgefühl und vieles andere mehr. Oder auch Patienten, die hochgradig impulsiv sind, eine bunte Palette von verschiedenen Symptomen zeigen, aber trotzdem nicht ganz in das Borderline-Spektrum passen?

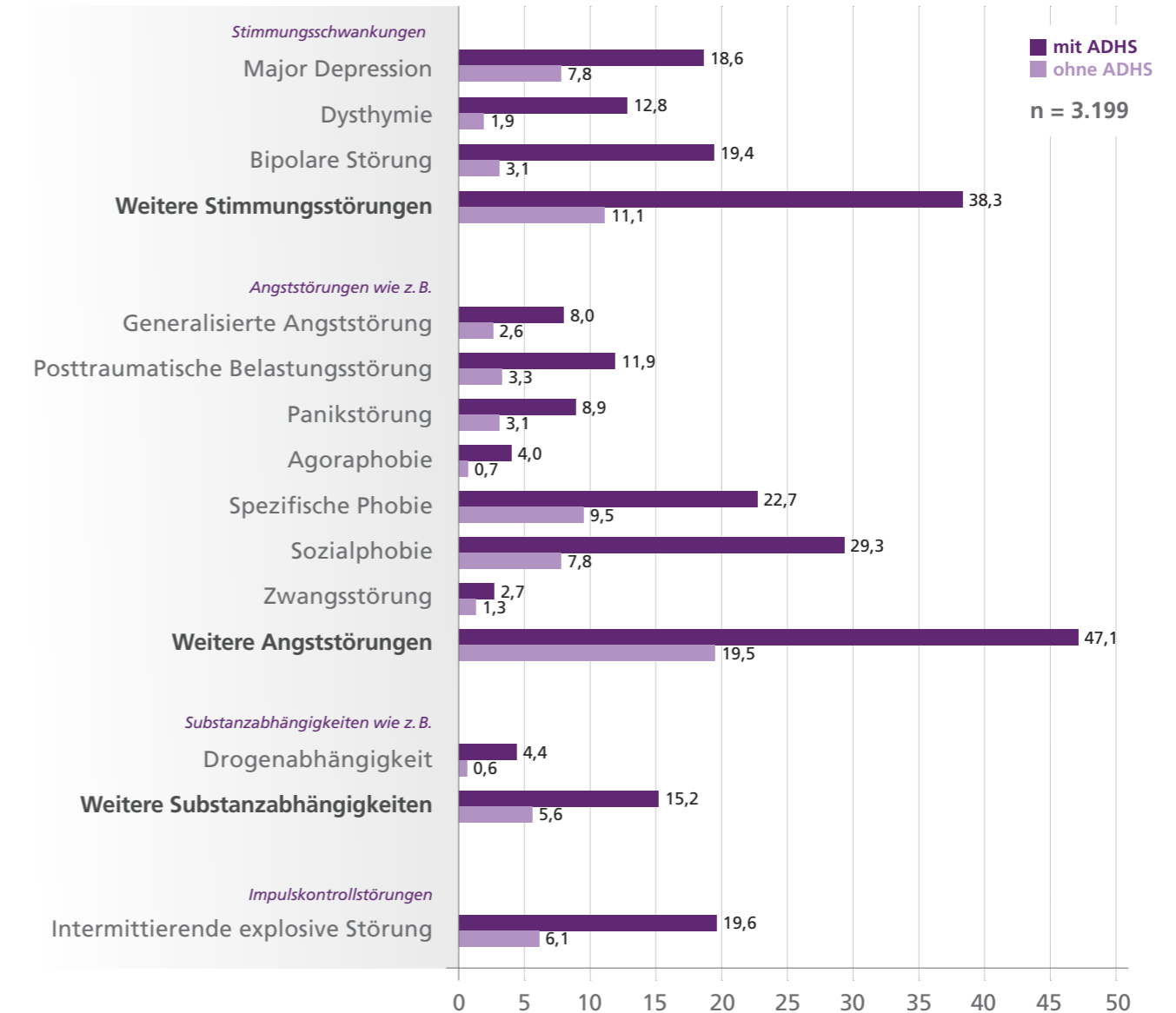
18
—
19

Differenzialdiagnose der ADHS

Im Erwachsenenalter präsentiert sich eine ADHS in der Regel nicht „rein“, sondern setzt sich aus einer Primärsymptomatik, mehr oder weniger gelungenen Kompensationsmechanismen und Komorbidität zusammen. Bei 70–80 % der erwachsenen ADHS-Patienten liegt mindestens eine komorbide Störung vor: am häufigsten Angsterkrankungen und affektive Störungen sowie in der Folge u. a. Substanzabhängigkeit.⁷ Eine weitere klinisch bedeutsame Komorbidität und auch Differenzialdiagnose stellt die Borderline-Persönlichkeitsstörung dar.

Häufigkeit von Begleiterkrankungen

National Comorbidity Survey Replication (Angaben in %)



Modifiziert nach Kessler RC et al. 2006⁷

⁷ Kessler RC et al. Am J Psychiatry. 2006; 163(4): 716–23.

Beispiele für wichtige Differenzialdiagnosen: SYMPTOME UND SYMPTOMÜBERLAPPUNGEN

Während Angsterkrankungen und Substanzabhängigkeit differenzialdiagnostisch in der Regel keine Schwierigkeiten bereiten, gibt es bei affektiven Störungen, z. B. MDD, und bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) relevante symptomatische Überlappungen, aber auch einige Unterscheidungskriterien (Abb. 1 und 2).

Als mögliche Symptomüberschneidungen zwischen ADHS und MDD kommen u. a. Konzentrationsstörungen in Betracht sowie Reizbarkeit, eine beeinträchtigte Stresstoleranz und Schlafstörungen. Für eine MDD sprechen ein episodisches Auftreten der Krankheitssymptome und deren späte erstmalige Manifestation im Jugendalter. Im Vergleich dazu treten Symptome einer ADHS typischerweise vor dem 12. Lebensjahr auf und ziehen sich dann als roter Faden durch die Biografien der Betroffenen. Auch Desorganisation als Krankheitsmerkmal spricht in der Abgrenzung beider Krankheitsbilder eher für eine ADHS.

Innere Unruhe, Reizbarkeit und Stressintoleranz können sich auch als Überlappung mit BPS zeigen. Diese Erkrankung kann von einer ADHS psychopathologisch differenzialdiagnostisch mitunter abgegrenzt werden, wenn Betroffene ein Gefühl der Leere berichten oder selbstverletzendes bzw. chronisch suizidales Verhalten erkennen lassen. Beides ist für Menschen mit ADHS eher nicht typisch. Im gleichen Sinn kann auch hier der anamnestische Hinweis auf einen Symptombeginn nach dem 12. Lebensjahr hilfreich sein, da sich eine BPS-Symptomatik in der Regel deutlich später manifestiert als eine ADHS.

20
—
21



Abb. 1 und 2: Relevante symptomatische Überlappungen (Krämer 2020)

Sichere ADHS-Diagnose: AUFWAND IST ÜBERSCHAUBAR

Leitlinienkonformes Vorgehen

Leitlinien in der Psychiatrie: Fluch und Segen zugleich. Einerseits geben Leitlinien Orientierung für Diagnostik und Therapie, andererseits sind sie abschreckend – gerade angesichts des knapp bemessenen Zeitrahmens in der niedergelassenen Praxis. Standardisierte diagnostische Vorgehensweisen lassen allerdings oft unser wichtigstes Instrument außen vor: die klinische Erfahrung. So wichtig Leitlinien sind und selbstverständlich auch beachtet werden sollen, so wichtig ist es aber auch, die Diagnosestellung ADHS zu „entmystifizieren“: Denn ADHS ist wie alle anderen psychiatrischen Erkrankungen eine klinische Diagnose. Nicht mehr und nicht weniger. Es existiert kein Testverfahren, welches das Vorliegen einer ADHS beweist. Standardisierte Instrumente wie etwa Fragebögen, strukturierte Interviews oder neuropsychologische Testverfahren sind Hilfsmittel, die wir nutzen können, denen wir uns aber nicht unterwerfen sollten. Dr. Thomas E. Brown, ein US-amerikanischer ADHS-Experte und begnadeter Redner, hat in einem Vortrag die Frage, wie man ADHS diagnostizieren soll, kurz und bündig beantwortet: „Listen to the patient.“

ADHS ist eine potenziell lebensbegleitende Erkrankung, demzufolge ist neben der Exploration der aktuellen Symptomatik eine biographische Anamneseerhebung das Kernstück der Diagnostik. Bei der Diagnosestellung einer depressiven Erkrankung sind Sie auf einen BDI-Score (Beck-Depressions-Inventar) ebenso wenig angewiesen, wie Sie zur Diagnose einer ADHS Konzentrations- und Aufmerksamkeitstests benötigen. Gleichwohl stellen standardisierte Instrumente ein zeitökonomisches Hilfsmittel dar, deren Anwendung in der Praxis nach entsprechender Anleitung von einer MFA übernommen werden kann: Während ein Patient im Sprechzimmer sitzt, kann ein anderer im Wartezimmer bereits einen Fragebogen ausfüllen. Da die anschließende Auswertung durch die MFA erfolgen kann, findet auch an dieser Stelle Entlastung statt. Das vorgeschlagene Prozedere dient zur Schweregrad-erfassung der ADHS-typischen Symptomatik und hilft darüber hinaus auch bei der Dokumentationspflicht.

Nach unserer Erfahrung ist die Diagnose einer adulten ADHS durch ein solches pragmatisch-strukturiertes Vorgehen auch mit zeitlich knapp bemessenen Ressourcen ausreichend valide zu stellen.

Standardisierte Hilfen zur Diagnostik

Praxiserprobte validierte psychometrische Instrumente zur Beurteilung einer aktuellen Symptomatik und zur retrospektiven Symptomerhebung sind beispielsweise:



IDA-R: Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter

Das IDA-R-Testsystem enthält einen Screening-Test, einen Fragebogen und ein Diagnostik-Interview sowie Auswertungsschablonen. Verfügbar als Print- und Digitalversion, zusätzlich erläutert ein Schulungsvideo die wichtigsten Schritte.

Kostenfrei anzufordern unter:
<https://ida-r-digital.de/>

MEHR DAZU
SEITE 24/25



HASE: Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene

Neben einem Manual stehen diverse Testbögen und -hefte mit einer Gesamtauswertung sowie Checklisten zu komorbiden Störungen zur Verfügung.

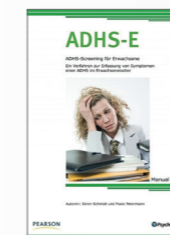
Entgeltlich zu erwerben unter:
www.testzentrale.de



CAARS™: Conners Skalen für Erwachsene

Neben einem Manual stehen diverse Frage- und Auswertungsbögen zur Verfügung.

Entgeltlich zu erwerben unter:
www.testzentrale.de



ADHS-E: ADHS-Screening für Erwachsene

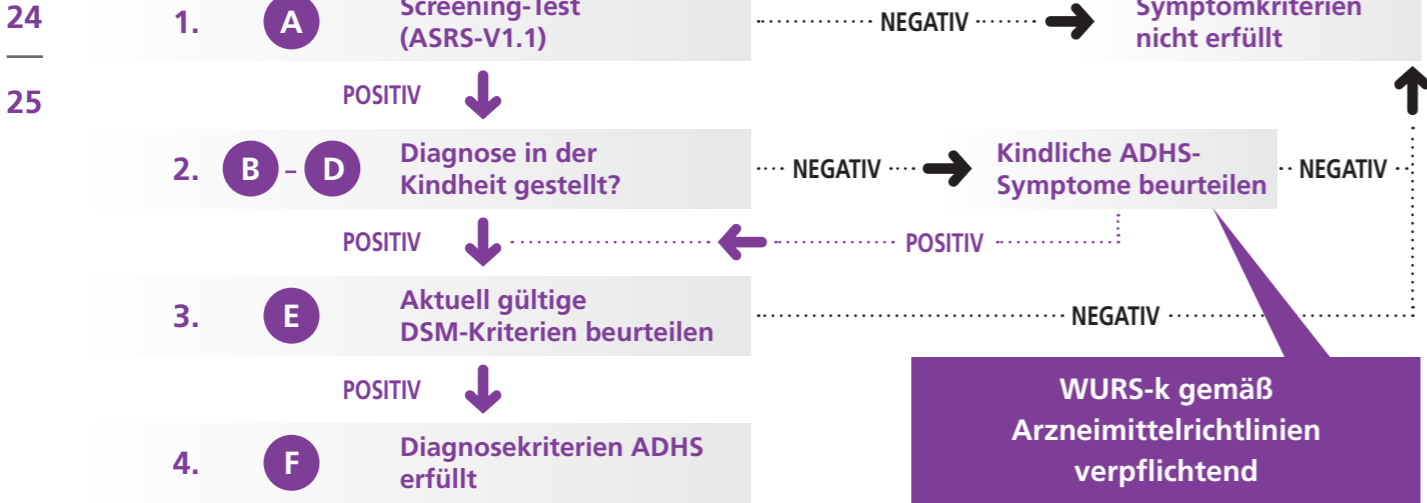
Neben einem Manual stehen Fragebögen und Auswertungsschablonen zur Verfügung.

Entgeltlich zu erwerben unter:
www.testzentrale.de

DAS IDA-R-TEST-SYSTEM

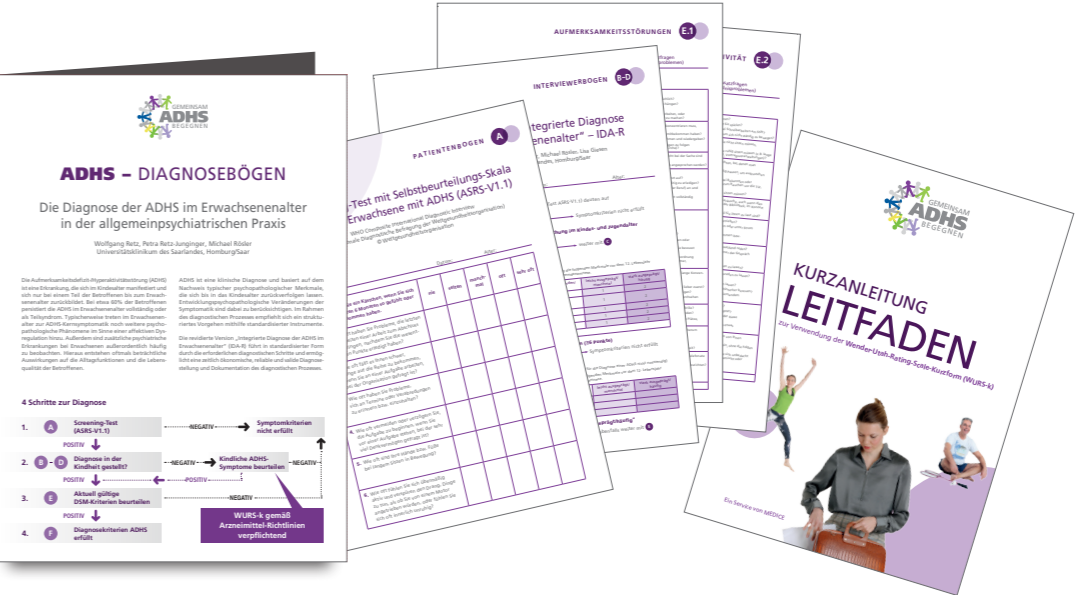
IDA-R: Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter
 Ein Leitfaden, der alle notwendigen Diagnoseschritte kompakt und praktikabel zusammenfasst, ist die auf DSM-Standards basierte Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter (IDA-R, revidierte Version). Die Fragebögen dienen der Diagnosesicherung und darüber hinaus der Dokumentation, sodass hier die Möglichkeit für eine spätere Verlaufskontrolle gegeben ist. Die psychometrischen Gütekriterien hinsichtlich Reliabilität und Validität liegen auf hohem Niveau.

IDA-R – in 4 Schritten zur Diagnose



Das IDA-R-Testsystem enthält:

- **ADHS-Screener der WHO (ASRS-V1.1):** Screening-Test mit Selbstbeurteilungsskala zum Ankreuzen von 6 Fragen
- **Kurzform der Wender-Utah-Rating-Skala (WURS-k):** Fragebogen mit 25 Items zur retrospektiven Beurteilung einer ADHS in der Kindheit
- **Diagnostik-Interview:** Zur Beurteilung der aktuellen Symptomatik auf Basis der DSM-Kriterien



IDA-R ist verfügbar als Print- und Digitalversion, zusätzlich erläutert ein Schulungsvideo die wichtigsten Schritte. Starten Sie jetzt mit Ihren Patienten die Diagnostik. Online unter: <https://ida-r-digital.de/>

Unser digitaler Service exklusiv für Sie:



Checkliste

Mit dieser Liste können Sie schnell prüfen, ob Sie wesentliche Punkte bei der Diagnostik und gegebenenfalls in der Vorbereitung auf eine Therapieeinleitung berücksichtigt haben. Sie dient zusätzlich als Dokumentationsvorlage für die Kartei.

→ Diagnose ADHS in der Kindheit?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, Berichte angefordert		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Behandlung bei:			
→ Hinweise auf kindliche ADHS:			
Konzentrationsprobleme, Ablenkbarkeit, Unaufmerksamkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Geringes Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Defizitäre Impuls-/Emotionskontrolle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
→ WURS-k durchgeführt:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Summenscore:			
→ Aktuelle Symptomatik:			
5 von 9 der aktuell gültigen DSM-Kriterien für Aufmerksamkeitsstörung erfüllt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
5 von 9 der aktuell gültigen DSM-Kriterien für Hyperaktivität/Impulsivität erfüllt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
→ Komorbide psychiatrische Störung:			
Affektive Störung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	ICD-10:
Falls ja, welche:			
Angststörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	ICD-10:
Abhängigkeitserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	ICD-10:
Achse-II-Störung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	ICD-10:
Sonstige:			
→ Aufklärung, Beratung über Therapieoptionen erfolgt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
→ Falls Indikation zur medikamentösen Behandlung:			
Kontraindikationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, welche:			
Voruntersuchungen: Labor inkl. Schilddrüsenwerten, RR, EKG			
Selbst durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Überweisung an Hausarzt/Hausärztin erfolgt? Kurzbericht übermittelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

26
—
27

Hausarztbrief

Name des Patienten (m/w/d):

Geboren am:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der oben genannte Patient stellte sich in meiner Praxis zur Abklärung des Verdachts auf das Vorliegen einer adulten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vor.

Die eingehende psychiatrische Exploration ergab die Diagnose einer ADHS mit Persistenz der Symptomatik in das Erwachsenenalter gemäß DSM-5 (ICD-10: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0). Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch schwerwiegende Konzentrationsproblematik, abnorm erhöhte Ablenkbarkeit, Beeinträchtigungen des Arbeitsgedächtnisses, außerdem erhebliche Defizite in der Selbstorganisation sowie bei der Planung und Durchführung von Handlungsabläufen. (Optional): Hinzu kommen eine permanente innere und motorische Unruhe sowie Störungen in der Impuls- und Emotionsregulation.

Eine medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien entsprechend den aktuellen S3-Leitlinien ADHS ist vorgesehen.

Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie vor dem Medikationsbeginn eine Routinelaboruntersuchung inkl. Schilddrüsenwerten veranlassen und ein EKG ableiten würden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

**JETZT
DOWNLOADEN**

Unser digitaler Service
exklusiv für Sie:

<https://www.adhs-infoportal.de/fachkreis/adhs-bei-erwachsenen/bestellservice?infoart=Arbeitshilfen>



Die Autoren



Dr. med. Sabine Krämer

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Frankfurt am Main

Dr. med. Sabine Krämer hat sich bereits in den neunziger Jahren während ihrer Tätigkeit an der Universitätsklinik Frankfurt intensiv mit ADHS zunächst bei Kindern und Jugendlichen und später bei Erwachsenen beschäftigt. Seit 2001 betreibt sie eine Schwerpunktpraxis für adulte ADHS in Frankfurt. Dr. Krämer leitet regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für Fachärzte zum Thema ADHS und hat federführend ein Online-Selbsthilfeprogramm für erwachsene ADHS-Patienten entwickelt (www.selbsthilfe-programm.de).



PD Dr. med. Bernhard Kis

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern

PD Dr. med. Bernhard Kis beschäftigt sich seit 2004 mit dem Störungsbild der adulten ADHS. Er hat sich neben der Entwicklung von Behandlungskonzepten in den verschiedenen ambulanten, tagesklinischen und stationären Bereichen der Erwachsenenmedizin insbesondere der wissenschaftlichen Erforschung von neurobiologischen Grundlagen und diagnostischen Methoden gewidmet. Dr. Kis ist seit August 2019 Chefarzt im St. Elisabeth-Krankenhaus Niederwenigern in Hattingen.

Ein Service von



MEDICE Pharma

GmbH & Co. KG
Kuhloweg 37
58638 Iserlohn
www.adhs-infoportal.de

1. Auflage 2021

Gestaltung: WEFRA LIFE SOLUTIONS

Art.-Nr.: 8.3503.301.130