

Leitfaden

zur Diagnostik und Therapie
der ADHS im Erwachsenenalter
in der neuropsychiatrischen Praxis

Dr. med. Günther Endrass ist Facharzt für Psychiatrie und Facharzt für Neurologie und seit 1994 in Grünstadt in einer neurologisch-psychiatrischen Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Seit dem Jahr 2000 besteht ein Praxisschwerpunkt in der Diagnostik und multimodalen Therapie der ADHS im Erwachsenenalter.

2. Auflage

Autor:
Dr. Günther Endrass,
Grünstadt

Vorwort

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

noch immer wird ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) bzw. ADS (Aufmerksamkeitsdefizit-Störung) überwiegend als eine typische Krankheit von Kindern und Jugendlichen angesehen. Dabei dauern die Symptome in unterschiedlicher Ausprägung bei 40 - 80 % der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter an, gelegentlich sogar bis ins Seniorenalter.

Da eine ADHS für die Patienten immer mit Beeinträchtigungen verbunden ist, muss die Erkrankung zuverlässig diagnostiziert und behandelt werden. Das ist mit einem gewissen Aufwand verbunden. Dieser Aufwand lohnt sich aber immer durch den Gewinn an Lebensqualität für den Patienten und oft durchgreifende Verbesserung der Behandlung scheinbar therapie-refraktärer, aber zunächst im Vordergrund stehender, häufiger komorbider Störungen.

Für die zahlreichen Hinweise bei der Erstellung dieses Leitfadens möchte ich mich bei meiner früheren Kollegin Frau Dr. Alm, Oberärztin der ADHS-Ambulanz am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, bedanken. Dieser Leitfaden soll den Kenntnisstand über ADHS erweitern und Orientierungshilfe durch die Diagnose- und Therapievelfalt für den Alltag der neuropsychiatrischen Praxis sein. So können betroffene Patienten frühzeitig erkannt und besser behandelt werden. Der Leitfaden soll gleichzeitig das Bewusstsein dafür schärfen, dass sich hinter vielen psychiatrischen Störungen wie z. B. Depression, eine ADHS verbergen kann. **Bei der oft notwendigen medikamentösen Behandlung komorbider Störungen ist zu beachten (siehe auch Abschnitt 6), dass die gegebenen Hinweise Ausdruck persönlicher Erfahrung einer seit dem Jahre 2000 bestehenden umfangreichen ADHS-Praxis sind und keinen rechtlichen Empfehlungscharakter haben.** Aufgrund zulassungsrechtlicher und systemimmanenter Gründe gibt es nur wenige Studien zur medikamentösen Kombinationsbehandlung mit Methylphenidat, obwohl diese – wie häufig im neuropsychiatrischen Praxisalltag – notwendig und erfolgreich sind.

Des Weiteren ist aus kassenrechtlichen Gründen bei der Verordnung derartiger Präparate unbedingt auf die entsprechende zusätzliche ICD-10-Codierung zu achten. So z. B. bei der medikamentösen Therapie depressiver Störungen mit Antidepressiva F 32 bzw. F 33 oder F 34.1; oder bei entsprechenden Zwangssymptomen z. B. F 42.2.

Ich hoffe, Ihnen mit dieser Checkliste eine größere Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild ADHS im Erwachsenenalter zu vermitteln und Ihren Praxisalltag zu erleichtern.

Ihr Dr. Günther Endrass

Vorsitzender BVDN Rheinland-Pfalz (www.bvdn.de)

Vertreter des BVDN im Beirat des Zentralen ADHS-Netztes (www.zentrales-adhs-netz.de)

Teil I

Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist eine klinische Diagnose. Sie wird aufgrund eines Interviews mit dem Patienten und des darin erhobenen aktuellen psychopathologischen Befundes, der anamnestisch eruierbaren Symptome und des Verlaufs mit Beginn in der Kindheit, gestellt.



„Setzen Sie ergänzend zum Interview, zur strukturierten Erhebung und Erfassung der Symptome und zur Dokumentation Fragebögen ein. Testpsychologische Untersuchungen können die diagnostische Sicherheit erhöhen.“

Vorgehensweise:

1. Eingangssituation der fachärztlichen Vorstellung:

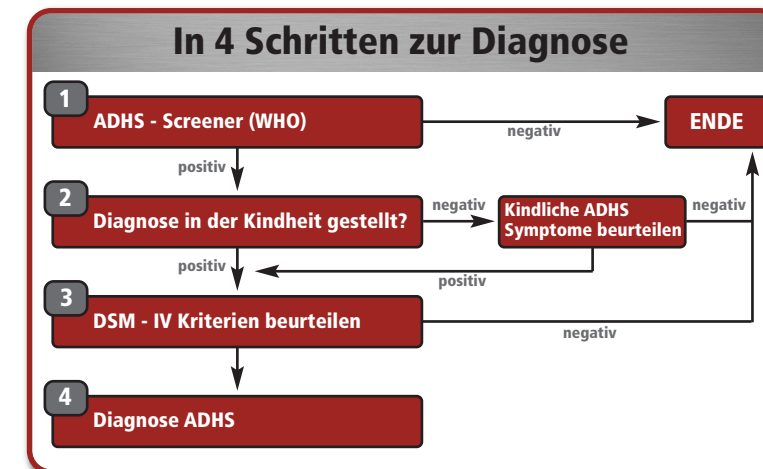
- Erwachsener, bisher wegen AD(H)S beim Kinderarzt, Hausarzt oder KJP in Behandlung. Frage: Braucht der Patient noch eine Medikation (Methylphenidat?/ Andere?) Wer verschreibt es?
- Primäre vorangegangene medikamentöse und/oder psychotherapeutische Therapie wegen Depression, Angst, Zwang, PTSD, Borderline, Substanzmissbrauch, sozialen Verhaltensstörungen ohne Therapiefortschritte oder drohender Abbruch – Komorbidität?

Sofern es sich um einen Patienten des Typs b) handelt, ist es hilfreich, in einem nächsten Schritt dessen biographische Daten mit Funktionseinbußen zu erheben: Schule, Ausbildung, Beruf, soziale Beziehungen, Partnerschaft, Elternrolle, Finanzen, Straßenverkehr.

Je nach Verlauf lässt sich anhand dieser Erkenntnisse der Verdacht einer ADHS stützen oder ausschließen.

2. Diagnosetools:

Nutzung von IDA (Integrierte Diagnose der ADHS) und HASE (Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene).



Integrierte Diagnose der ADHS (IDA) im Erwachsenenalter

IDA– Diagnosebögen. Die Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter in der allgemeinspsychiatrischen Praxis. W. Retz, P. Retz-Junginger, M. Rösler. Universitätsklinikum des Saarlandes – Neurozentrum, Homburg/Saar, 2012

Übersicht			
Diagnostik	Skala	Methode	Items
Stufe 1 Kindliche Symptome	WURS-K (Wender-Utah-Rating-Scale)	Selbstbeurteilung	25 0 - 4 Skalierung
Stufe 2a DSM - IV Kriterien	ADHS-DC (Diagnose Checkliste)	Fremdenbeurteilung durch trainierten Experten	22 0 - 3 Skalierung
Stufe 2b DSM - IV Kriterien	ADHS-SB (Selbstbeurteilung) Dieser Bogen eignet sich auch zur Verlaufsbeurteilung in der Therapie	Selbstbeurteilung	22 0 - 3 Skalierung
Stufe 3 Spezielle adulte ADHS Psychopathologie	WRI (Wender-Reimherr-Interview)	Interview durch trainierten Experten	28 0 - 2 Skalierung

Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE)

modifiziert nach: M. Rösler, P. Retz-Junginger, W. Retz, R.D. Stieglitz, Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE), Manual 2008

www.testzentrale.de
Bestellnummer: 01 369 01
(Test komplett)

Zusätzlich hilfreich: Zeugnisse mit Verhaltensbeschreibung der Grundschule

3. Basisdiagnostik

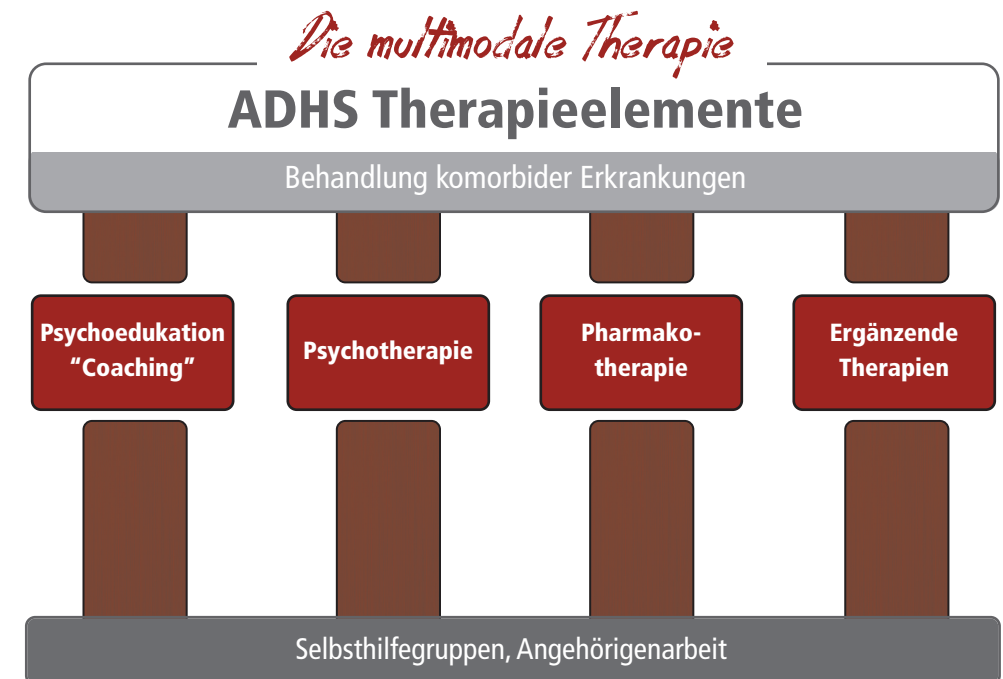
Nicht für die ADHS Diagnose erforderlich, aber im Hinblick auf eine Medikation sinnvoll:

- a) Psychiatrische Begleiterkrankungen, einschließlich Tics, Suizidalität
- b) Kontraindikationen für MPH-Therapie: Hyperthyreose, mittelgradige/schwere Hypertonie, unbehandelt, tachykarde Rhythmusstörungen / Kardiomyopathie / AP / Myokardinfarkt (FA Herzerkrankungen); Glaukom (ab 40 LJ Augenarzt), Patientinnen mit aktuellem Kinderwunsch / Schwangerschaft / Stillzeit; zerebrovaskuläre Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Psychose oder Manie, schwere Depression, Suizidneigung.
- c) Kardiovaskulärer Status, Blutdruck, Puls
- d) Familienanamnese Herzerkrankungen
- e) Körpergewicht, (EEG)

Therapie der ADHS im Erwachsenenalter

Die Behandlung sollte immer mit einem multimodalen Therapieansatz erfolgen. Die Säulen der multimodalen Therapie bestehen aus Psychoedukation, Psychotherapie und Pharmakotherapie, die in Abhängigkeit des Einzelfalls unterschiedlich gewichtet werden können. Des Weiteren gibt es ergänzende Therapien mit geringerem Evidenzniveau.

Die Psychoedukation sollte stets alle weiteren therapeutischen Maßnahmen begleiten. Sie dient vor allem der Aufklärung von Patienten und deren Angehörigen. Neben den Informationen zu ADHS und möglichen Komorbiditäten sollen den Patienten Strategien und Fertigkeiten zur Selbstregulation vermittelt werden, damit sie den Alltag besser bewältigen können.





„Die therapeutische Gesamtstrategie umfasst in der Regel psychologische, soziale und auch pharmakologische Maßnahmen. Der Schwerpunkt liegt im Folgenden auf einer medikamentösen Therapie. Ob es eine medikamentöse Behandlung gibt, hängt maßgeblich vom Leidensdruck des Patienten ab.“

Vorgehensweise:

1. Keine absolute medikamentöse Behandlungsindikation

2. Individuelle Behandlungsplanung

- abhängig vom Schweregrad der Symptomatik, psychosozialen Beeinträchtigungen und Lebenssituation. Abwägen: Welches Problem ist erstrangig? Dieses zuerst behandeln.

3. Zugelassene Medikamente

- zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter sind derzeit zwei Medikamente zu Lasten der GKV verordnungsfähig (Auflistung entsprechend der Reihenfolge der Zulassung):
 - Methylphenidat (Medikinet® adult)
 - Atomoxetin (Strattera®)

4. Differenzierende Merkmale der derzeit zugelassenen Medikamente (Stand 3/2014)

Methylphenidat

- Vorwiegend dopaminerg wirksam
- Zweimal tägliche Gabe, mit oder nach einer Mahlzeit
- Sofortige Wirkung nach Einnahme (Wirkstoff-Freisetzung: 50 % sofort, 50 % verzögert)
- Wirkdauer bei 2x täglicher Einnahme ca. 12 Stunden
- Verordnung auf BtM-Rezept
- Kann geeignet sein bei:
 - Rascher Wirksamkeitseintritt erforderlich (z. B. Prüfungen)
 - Schwerpunkt Wirksamkeit tagsüber gewünscht
 - Abnormales EEG
 - Impulsivität
 - Bei nur gelegentlichem Substanzgebrauch ohne Abhängigkeit „low risk“ und Zuverlässigkeit bei Termin-einhaltung

Atomoxetin

- Vorwiegend noradrenerg wirksam
- Einmal tägliche Gabe, nahrungsunabhängig
- allmählicher Wirkaufbau, Symptomverbesserung nach 1-4 Wochen feststellbar, weiterer Verbesserungen in folgenden Wochen
- Wirkdauer über den gesamten Tag
- Verordnung auf normalem Rezept
- Kann geeignet sein bei:
 - Wirksamkeit über den ganzen Tag erforderlich, auch am Abend (z. B. Kinder ins Bett bringen)
 - Soziophobische Symptomatik als Komorbidität oder assoziierte Symptomatik
 - Emotional-instabile Symptomatik
 - Bei Hinweisen auf Substanzabhängigkeit in der Vorgeschichte und unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle „high risk“

5. Methylphenidat (Medikinet® adult)

a) Dosistitration:

- Beginn 5–10 mg Methylphenidat (Wirkstoff-Freisetzung: 50 % sofort, 50 % verzögert)
- Wöchentliche Dosissteigerung um 10 mg nach Effekt und NW
- Einnahme morgens und mittags im Abstand von ca. 6 Stunden nach einer Mahlzeit (nüchtern schnellere Resorption, mehr NW, verkürzte Wirkdauer)

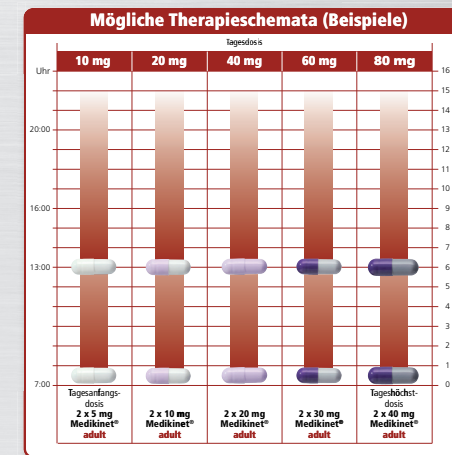
b) Kontrollen

- Anfangs alle 1–2 Wochen (NW, ADHS-SB) zur Verlaufsdokumentation in der Therapie
- Puls, RR bei jeder Dosisanpassung, dann alle 6 Monate, (EKG über Hausarzt) Basislabor, ab 40 LJ Überweisung Augenarzt (Glaukom)
- Körpergewicht, Appetit (Diagramm)
- Alle 12 Monate Medikationspause

- **Empfohlene Tagesanfangsdosis:**
Täglich 2 x 5 mg.

- **Einnahmeempfehlung:**
2 Einnahmen pro Tag, **morgens und mittags mit oder nach einer Mahlzeit.**

s. Fachinformation Medikinet® adult, Abs. 4.2, Neueinstellung von Erwachsenen mit Medikinet® adult



Fortführung / Neueinstellung der MPH-Therapie

- **Erhöhung der Tagesdosis:**
Falls erforderlich in wöchentlichen Schritten von 10 mg.
- **Tageshöchstdosis:**
max. 80 mg (2 x 40 mg) bzw. höchstens 1 mg/kg Körpergewicht.

c) Auflagen Methylphenidat-Verordnung

- Strenge Einschätzung zur Schwere und Dauer
- Verschreibung auf BtM-Rezepten
- Behandlung ist unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen (z. B. des Neuropsychiaters) durchzuführen (Hausarzt max. ½ Jahr alleine)
- Langfristige Nutzen des Arzneimittels regelmäßig durch behandlungsfreien Zeitabschnitt nach 1 Jahr neu bewerten. Weiterer Behandlungsbedarf? (EKG über Hausarzt)

6. Atomoxetin (Strattera®)

a) Dosistitration bei Erwachsenen:

- Beginn mit 10 – 18 mg. Zur Verbesserung der Verträglichkeit - ins besonders bei Pat. mit Hinweis auf CYP2D6 Poor Metabolizer - kann diese geringe Startdosis sinnvoll sein (trotz Fachinformationsempfehlung einer Startdosis 40 mg/Tag)
- Allmählicher Wirkaufbau, Symptomverbesserung i.d.R. innerhalb von 1–4 Wochen feststellbar
- Wöchentliche Dosissteigerung entsprechend verfügbarer Dosisstärken (10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg) 60 mg, 80 mg, 100 mg und klinischem Bild*
- Einnahme i.d.R. einmal täglich morgens. Bei Nebenwirkungen kann eine Einnahme am Abend oder eine vorübergehende Aufteilung der Tagesdosis auf 2x tägliche Einnahme hilfreich sein.
- Einnahme nahrungsunabhängig. Bei Nebenwirkungen kann eine Einnahme mit der Nahrung jedoch die Verträglichkeit erhöhen
- 7 % der Kaukasier weisen einen Genotyp mit vermindert aktiven CYP2D6 auf (sog. Poor Metabolizer; typisch frühe NW schon bei geringen TZA-Antidepressiva Dosierungen). Da der Abbau von ATX über 2D6 erfolgt, könnte bei diesen Patienten eine geringere Anfangsdosis und eine langsamere Aufdosierung in Erwägung gezogen werden.
- Bei streng zu prüfender Begleitmedikation mit CYP2D6-Inhibitoren (z.B. Fluoxetin, Paroxetin, Metoprolol) ist eine langsamere Aufdosieren und eine geringere Erhaltungsdosis notwendig, da Atomoxetinspiegel erhöht werden können.

b) Kontrollen

- Anfangs alle 1–2 Wochen (NW, ADHS-SB) zur Verlaufsdokumentation in der Therapie
- Puls, RR, EKG vor Behandlungsbeginn, bei jeder Dosisanpassung, dann alle 6 Monate, Basislabor, ab 40 LJ Überweisung Augenarzt (Glaukom)
- Die Notwendigkeit der Fortführung der ATX-Therapie sollte nach einem Jahr neu bewertet werden

Packungsgrößen	7 Kapseln	28 Kapseln	56 Kapseln
 10 mg	✓	✓	
 18 mg	✓	✓	
 25 mg	✓	✓	
 40 mg	✓	✓	
 60 mg	✓	✓	✓
 80 mg		✓	
 100 mg		✓	

* Die genannten Dosierungsempfehlungen basieren auf der Erfahrung von ADHS-Experten und dienen einer verbesserten Verträglichkeit. In der Strattera Fachinformation wird ein progressiveres Dosierungsschema empfohlen: „Die Behandlung mit Strattera sollte mit einer Gesamttagesdosis von 40 mg begonnen werden. Diese Initialdosis sollte für mindestens 7 Tage beibehalten werden, bevor die Dosis entsprechend der klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit auftitriert wird. Die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt 80 bis 100 mg täglich.“

c) Auflagen Atomoxetin-Verordnung

- Mindestens mittelgradige Ausprägung der ADHS-Symptomatik, Beeinträchtigungen in mindestens zwei unterschiedlichen Lebensbereichen
- AXT-Verordnung als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms
- Behandlung muss von einem Arzt begonnen werden, der über ein entsprechendes Fachwissen in der Behandlung von ADHS verfügt (z.B. Psychiater)
- Diagnosestellung gemäß gültiger DSM-Kriterien oder ICD-Richtlinien
- Notwendigkeit der Therapie-Fortführung sollte nach einem Jahr neu bewertet werden
- Regelmäßige Kontrollen des kardiovaskulären Zustands (siehe Punkt 6b)

6. ADHS & Bedeutung der Komorbiditäten



„Hinter vielen psychischen und Verhaltensstörungen kann sich eine ADHS verbergen. Es ist z. B. nicht ungewöhnlich, dass ADHS eine Depression mit sich bringt.“

6.1 Typische psychiatrische Störungen sind zum Beispiel:

- Depression
- Angststörungen (chronisches Versagen durch ADHS – Symptome)
- Zwangsstörungen
- PTSD Posttraumatische Belastungsstörung (Risiko erhöht bei ADHS)
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Substanzmissbrauch
- Bipolare Störungen
- Tourette-Syndrom
- Teilleistungsstörungen

6.2 Bedeutung der Komorbiditäten:

- Erfassung ist relevant für Diagnostik und Therapie
- Additive Effekte, größere Krankheitsschwere
- Schlechtere Prognose
- Bei akuter psychischer Störung, ohne Vordiagnose ADHS, kann wegen Symptomüberlappung zunächst keine Neudiagnose ADHS gestellt werden

Bei ADHS und Komorbidität: Behandlung beider Störungen nach Therapierichtlinien – schwerere Störung zuerst behandeln

7. Hinweise zur medikamentösen Behandlung komorbider Störungen bei ADHS (nach Krause, modifiziert)



„Für zahlreiche Kombinationen dieser Substanzen mit MPH, z. B. Bupropion und MPH, gibt es derzeit keine Studien. Die Angaben erfolgen aufgrund persönlicher Erfahrungen und haben keinen rechtlichen Empfehlungscharakter.“

- Häufige und stark ausgeprägte Stimmungsschwankungen: 18,75–150 mg Venlafaxin retard
- Depression bei eher zwanghafter Persönlichkeitsstruktur: 50–100 mg Sertralin
- Gereizte Depression: 75–150 mg Moclobemid
- Depression und starke Reizoffenheit: 25–100 mg Amisulpirid
- Depression mit Konzentrations- und Antriebsstörung: Nortriptylen, Bupropion 150–300 mg (auch bei Sucht)
- Komorbide Borderline-PS: 37,5–75 mg Venlafaxin
- Autistische Züge: 10–20 mg Fluoxetin
- Bipolare Störung/starke Affektschwankung: LTG (VPA,CBZ)
- Psychotische Symptome: Quetiapin, Amisulprid (auch unterhalb üblicher Dosis)

Hinweis: Bei Schizophrenie und schwerer Depression keine Medikation mit MPH (siehe Kontraindikationen der Zulassung)

Cave: Patienten mit ADHS vertragen dämpfende Medikamente (z. B. entsprechende Antidepressiva) oft schlecht