

ADHS bei Erwachsenen: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen ist eine Krankheit, deren Folgen Gesundheitswesen und Volkswirtschaft erheblich belasten. Doch das Leiden findet wenig Beachtung. Dies will die Schweizerische Fachgesellschaft für ADHS ändern. Auf lokaler Ebene ist die Schaffung interdisziplinärer Netzwerke angesagt.

Christophe C. Kaufmann

* Eine ausführliche Version dieses Beitrags mit den Literaturangaben findet sich im Internet unter www.saez.ch → Aktuelle Nummer oder → Archiv → 2011 → 20.

Die Aufmerksamkeitsdefizitstörung – mit oder ohne Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – ist besonders bei Erwachsenen eine oft verkannte Diagnose. Sie würde eigentlich besser «fortbestehendes Regulierungsdefizit der Aufmerksamkeit, Impulsivität, des Bewegungsdranges und des emotionalen Gleichgewichts und des Sozialverhaltens» heissen.

Es gibt auf Schweizer Verhältnisse zugeschnittene [2]* und internationale [1] diagnostische Empfehlungen sowie Manuale für die klinische Arbeit [3, 4, 5, 6, 7]. Weltweit sind 3–4% der Bevölkerung [10] davon betroffen – es gibt also wohl 4-mal mehr ADHS-Kranke als Borderlinepatienten (1–2%) [10], 2-mal so viele wie Schizophreniepatienten (2%) und ähnlich viele wie Patienten mit Depression (4%). 80% davon sind anderweitig psychisch krank, und gehören somit zu den schwierigeren psychisch Erkrankten. [17, 26]

Die ADHS-Welle kommt erst noch

Bis vor kurzem völlig ignoriert, liegt die Zahl der diagnostizierten Fälle, jedenfalls bei Erwachsenen, noch weit hinter der Prävalenz zurück: Die ADHS-Welle kommt also erst noch, da die Diagnose zukünftig mit einem späteren anamnestischen Krankheitsbeginn, auch noch zwischen 7 und 12, vereinbar sein wird. Zudem ziehen sich ADHS-Betroffene gegenseitig an und haben mehr Kinder als nicht Betroffene.

Eine vernachlässigte Risikogruppe

ADHS-Betroffene sind oft «Heavy users» des Gesundheitssystems. Sie haben eine Vielfalt von psychischen und physischen Beeinträchtigungen und leben auch oft gefährlich und ungesund (s. Kasten auf Seite 762).

Die geforderten Fachgebiete sind: Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Psychiatrie, Allgemein- und Familienmedizin, Dermatologie und Venerologie, Präventiv- und Arbeitsmedizin, Gerichtsmedizin und Begutachtungsmedizin sowie Public Health, ferner Behörden, Justiz, Bildungs- und Rehabilitationswesen. Und natürlich die Versicherer.

In unserem Land müsste eigentlich eine solche Risikogruppe besonders gut erfasst, erforscht und betreut werden. Das Gegenteil trifft zu.

Eine unfassbare Erkrankung?

ADHS bei Erwachsenen ist ein komplexes Gesamtbild biologischer und psychologischer Zeichen, die sich qualitativ und quantitativ von den Symptomen der Kindheit unterscheiden und sehr weit von dem entfernt sind, was der Volksmund unter «Hyperaktivität» versteht. Die klinische Spezifität lässt sich kaum von der Art der einzelnen Symptome, wohl aber von deren Verknüpfung, Häufung und Ausprägung ableiten [12]. Das klassische Zustandsbild (mangelnde Aufmerksamkeit, mangelnde Kontrolle über Impulsivität und Bewegungsdrang) ist nicht zwingend.

Bei Hyperfokussierung auf Spannendes (z.B. Videospiele) verschwindet scheinbar das Aufmerksamkeitsdefizit. Die Hyperaktivität ist variabel ausgeprägt und mit dem Alter rückläufig, also auch nicht überall anzutreffen. Die Symptome können auch durch Kompensationsmechanismen überdeckt werden [12] («Ich bin nicht vergesslich, ich muss nur alles aufschreiben»).

Nur 15% der Betroffenen sind bei Volljährigkeit völlig ausgeheilt, bei den meisten bleibt etwas zurück, dessen Bedeutung von belanglos bis schwer behindernd geht und sich bei zwei Drittel der früher Betroffenen objektivieren lässt [18]. Viele diagnostizierte Erwachsene sind schon seit der Kindheit vorbelastet durch vermehrte traumatogene Situationen («Broken home», vermehrte Demütigungen, Ausgrenzung), späte Schliessmuskelkontrolle, behinderte, verwirrende Ausdrucksformen (unleserliches Schriftbild, miserable Rechtschreibung, undeutliche Aussprache, sprunghafter Gedankenlauf, mangelhafte Intonationsmodulation usw.).

Es handelt sich mehrheitlich um ein multimodales Erleiden [13]. Die Eltern der erkrankten Kinder sind deshalb oft selber von ADHS betroffen, was bis anhin zu wenig beachtet wurde. Das Leiden sollte interdisziplinär und transgenerationell angegangen werden.

Behandlung

Die Behandlung muss individuell angepasst werden. Nicht jeder ADHS-Patient braucht dieselbe Behandlung – nicht jeder braucht sie ständig. Die medikamentöse Behandlung ist zwar oft wesentlich, aber

Korrespondenz:
Dr. med. Christophe C. Kaufmann
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Bd. Pérolles 57
CH-1700 Fribourg
christophe.kaufmann@hin.ch

nicht ausreichend. [15, 16] Man kann auch lediglich in gewissen Lebensphasen auf Psychostimulanzien zurückgreifen, z.B. wenn ein Unfall den Ausgleich durch Sport verunmöglicht, wenn die Symptomatik durch Nikotinentzug stärker zutage tritt, oder wenn

«Die klinische Spezifität lässt sich kaum von der Art der einzelnen Symptome, wohl aber von deren Verknüpfung, Häufung und Ausprägung ableiten.»

man sich beruflich in einer kritischen Umbruchphase befindet, in der die Kompensationsmechanismen nicht mehr ausreichen.

Dass Methylphenidat (MPH) als Betäubungsmittel gilt, erschwert natürlich dessen Verordnung. Zudem schreiben Novartis und Swissmedic Beschränkungen vor, die sich eher von wirtschaftlichen und polizeilichen denn von klinischen Überlegungen ab-

ADHS bei Erwachsenen: gravierende Folgen der Unterversorgung

Bei angemessener Behandlung ist meistens eine beachtliche Verringerung der Auswirkungen der Krankheit zu erwarten. Diese äussern sich wie folgt:

«Schwierige» Patienten

Schlechte Compliance, verfehlte Termine, Therapieabbrüche, gesetzwidriges Verhalten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter [18]; früh auftretendes und schwer zu behandelndes Suchtverhalten [9, 18, 20, 26] (Alkohol, Haschisch, Spiel, Computer usw.); «unverbesserliches» Risikoverhalten (riskantes Geschlechtsleben, Extremsport, Raserei auf Strasse und Pisten, Spiel, Diebstahl, Gewalttätigkeit) [18, 19, 20, 26]; vierfach erhöhtes Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten [26]; verfrühte, ungewollte Schwangerschaft bei zwei Dritteln der betroffenen Frauen [9, 20, 21], entsprechend mehr Abtreibungen (diese Toten werden nicht gezählt).

Benachteiligte Patienten

Traumatisierungsgefahr schon zu Hause, aber nicht vermehrt PTBS, dafür Dissoziations- und Angststörungen, Ablehnungsgefahr durch Gleichaltrige [26]; verspätete Hirnreifungsprozesse: mehr Spätentwickler [22]; vermehrte Ausdrucksschwierigkeiten (unlesbare Schrift, schlechte Rechtschreibung undeutliche Aussprache, sprunghafter Gedankengang, schwallartiges Reden); häufigere Invalidität; Verminderung der Leistungsberechtigung «wegen Kooperationsmangel».

«Schwere» Patienten

Häufigere Krankenhausaufenthalte und seelische Krisen [28]; viel häufiger Beschwerden am Bewegungsapparat, an den oberen Atemwegen, am Magen-Darm-Trakt sowie Stoffwechselstörungen [24, 26]; kardiovaskuläre Leiden, Obesitas permagna und Schlafapnoesyndrom, schwere chronische Schlafstörungen (DD: restless legs!) sind die Regel.

Gescheiterte Patienten

Häufigere Rückkehr ins Elternhaus [28] (verfehlte Emanzipation); alleinerziehende Eltern; fast verdoppelte Scheidungsrate [24]; mehr Partnerschaftskrisen [28]; mehr akademische und berufliche Misserfolge (Disziplin- und Lernschwierigkeiten) [20]; Stellenverluste und Arbeitslosigkeit [18,27]; finanzielle Probleme [18]; Inanspruchnahme sozialamtlicher Hilfe; vormundschaftliche Massnahmen; Lebensmissmut [18]; ca. achtfach erhöhte Rate von Selbstmordversuchen nach dem 18. Lebensjahr [9].

leiten lassen. Bei Einnahme therapeutischer Mengen per os kommt es aber auch mit MPH nicht zur Abhängigkeit, es verhütet offenbar sogar deren Auftreten bei exponierten Jugendlichen. Die Aufnahme in die Spezialitätenliste durch das BAG ist nun ein wichtiger Schritt, der einer jahrelangen irrationalen, altersdiskriminierenden und somit m. E. verfassungswidrigen Rationalisierung [17] wenigstens in etwa einem Drittel der Fälle ein Ende setzen kann. In den meisten Fällen bleibt die Behandlung off-label, wird also nicht ohne weiteres von den Kassen finanziert und macht die Behandlung für Minderbemittelte allzu oft unzugänglich.

Zur Diagnose

ADHS wurde vor mehr als hundert Jahren beschrieben, damals jedoch in ihrer Tragweite nicht erkannt [6]. Ausser bei Verwandten von Betroffenen lässt sich die Diagnose bei Erwachsenen nur selten stellen, ohne dass der Betroffene oder der Diagnostiker spezifisch danach suchen. Die Diagnose ist klinisch zu stellen [2]. Die quantifizierten neuropsychologischen Verfahren liefern zwar therapeutisch wertvolle Hinweise, sind aber in ihrem Ergebnis nicht ausschlaggebend [17]. Es besteht auch die Gefahr des Über- und Unterdiagnostizierens, insbesondere dann, wenn dem Verlauf nicht genügend Beachtung geschenkt wird.

Eine isolierte ADHS ist eine Ausnahme. In 80% der Fälle tritt sie in Verbindung mit (weiteren) psychischen Diagnosen auf [18, 19]. Die entsprechenden Patienten machen wohl 20% einer ambulanten psychiatrischen Praxis aus [11]. Die Symptomatik dieser Komorbiditäten überschneidet sich manchmal mehr oder weniger ausgeprägt mit jenen der ADHS. Sowohl bei Depressiven wie bei ADHS-Kranken trifft man Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen an, ebenso ein vermindertes Selbstwertgefühl, Reizbarkeit, Agitiertheit und eine chronische Schlafstörung.

Für die Diagnose braucht es erfahrene Spezialisten, die über gute differentialdiagnostische Fähigkeiten sowie Kenntnis der Komorbiditäten verfügen sollten. Die Kassen fordern, selbst die Weiterbehandlung

Informative Webseiten

www.adhd-congress.org
 (3. Internationaler Kongress über ADHS, Berlin, 28.–29. Mai 2011
www.elpos.ch
www.sfg-adhs.ch
www.adhs-deutschland.de
www.nice.org.uk/page.aspx?o=207034
www.attentiondeficit-info.com
www.tdah.be
www.tdah-france.fr
www.tdahquebec2012.ca
 (2^e Congrès International de Langue Française sur le TDAH, 10, 11, 12 juin 2012 Quebec)

müsse durch solche Spezialisten erfolgen. Damit vermindern sie das ohnehin schmale therapeutische Angebot.

Zu schliessende Lücken

ADHS, die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen, ist eine schwerwiegende Krankheit. Sie muss bei der Ärzteschaft und den Behörden mehr Beachtung finden. Als wesentliche Kostenträger im Bildungs-, Sozial-, Justiz- und

Gesundheitsbereich, wo deshalb zur Zeit unnötige Mehrkosten entstehen, sind Kantone und Steuerzahler die grossen Verlierer. Um die Versorgungslücke zu schliessen, sind die Vorstösse Einzelner ungenügend. Es sind fachliche und kantonale Impulse notwendig. (s. Kasten unten). ADHS soll gebührend berücksichtigt werden in Versorgung, Ausbildung und Planung, aber auch statistisch und gesundheitspolitisch sowie im Forschungsbereich.

Vorschläge zur besseren Beachtung von ADHS bei Erwachsenen

Ärzterschaft

Psychiater aller Alterstufen sind bestens informiert, behandeln integriert sowohl auf medikamentöser als auch auf psychotherapeutischer und psychoedukativer Ebene und arbeiten Hand in Hand zusammen mit allen Betreuenden, insbesondere aus dem pädagogischen und sozialberuflichen Bereich.

Hausärzte erfassen ADHS-bedingte Probleme in der Familie, behandeln sie im Rahmen ihrer Kompetenz, geben Anlaufstellen an. Bei der Abklärung zur Fahrtauglichkeit berücksichtigen sie das Vorliegen von ADHS und verzögern wo nötig die Zulassung zur Fahrprüfung.

Pädiater weisen auch Eltern von diagnostizierten oder ADHS-verdächtigen Kindern an eine Abklärungsstelle, erfassen auch ADHS-verdächtige Jugendliche ohne Schulschwierigkeiten und Hyperaktivität, und benutzen die entsprechenden Screening-Fragebogen.

Gynäkologen und Venerologen weisen bei Appellsymptomen die Patientinnen zu einer Abklärungsstelle für ADHS, besonders in den Risikogruppen Frühschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Geschlechtskrankheiten (HIV inbegriffen).

Lungenärzte denken bei starken Rauchern und bei obstruktivem Apnoesyndrom der oberen Atemwege an die Möglichkeit eines zugrundeliegenden ADHS (aber auch an Psychotrauma).

Internisten und Diabetologen denken bei Fettleibigkeit auch an ADHS.

Drogenspezialisten denken an die Möglichkeit von ADHS, klären die Diagnose ab und erwägen die Behandlungsindikation.

Chirurgen denken bei wiederholten Unfällen an ADHS und verweisen die Patienten zur Abklärung.

Die Regionalärztlichen Dienste der IV sind bestens über ADHS informiert und berücksichtigen die spezifischen Schwierigkeiten von ADHS-Betroffenen bei der Beurteilung des Invaliditätsgrades, der Rehabilitationsmöglichkeiten und der Rehabilitationsmodalitäten.

Behörden

Kanton

Auf- und Abklärungsstellen für ADHS aller Altersstufen mit kompetentem Personal. (Sinnvollerweise sind diese Instanzen auch für die Abklärung von Traumata kompetent und arbeiten mit einem weiten Netz von komplementären Instanzen zusammen.)

Zwei Jahre besondere Betreuung für alleinerziehende Mütter und ihr Kind in den Monaten vor und nach der Geburt (vermindert gewaltsames Verhalten bei den Enkeln).

Finanziert, bildet aus und stellt ADHS-spezifisch ausgebildete Begleitpersonen für die Vormundschaftsbehörden an.

Sorgt für einen angemessenen Informationsstand bei Friedensrichtern, Jugend- und Strafrichtern.

Die Bildungsorgane aller Stufen achten auf einen angemessenen Wissensstand beim Lehrpersonal und bei den Schulpsychologen.

Die Verkehrsämter machen Raser und angetrunkene Fahrer auf die Möglichkeit bzw. auf die Notwendigkeit einer Abklärung und evtl. Behandlung des Leidens aufmerksam.

Das Strassenverkehrsgesetz wird angepasst und fördert die Früherfassung und die Verzögerung der Führerscheinabgabe, die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit von ADHS-Patienten und fordert die Behandlung, solange die Fahrtüchtigkeit ohne Behandlung nicht gegeben ist. Die Unfallversicherer informieren Fahrer mit wiederholten Bagatellunfällen über die Möglichkeit dieses Leidens.

Sozialämter informieren bei ADHS-Verdacht über Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, besonders bei alleinerziehenden Eltern.

Berufsberater sind über die spezifischen Schwierigkeiten dieser Patientengruppe informiert und beraten sachgemäss.

Die Opferhilfestellen denken bei Gewalt an ADHS und informieren entsprechend.

Die Präventionskampagnen (z. B. gegen Übergewicht, Gewalt, Spielsucht, Suizidversuche) berücksichtigen die Eigenarten dieser Zielgruppe.

Statistische Erfassung des Leidens.

Forschungsförderung auf diesem Gebiet. (Zum Beispiel wäre auch folgende Studie in grösserem Rahmen anzulegen: Bei zehn Fahrern, die wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand gebüsst wurden und an ADHS litten, wurde MPH eingeführt; darauf verglich man sie mit einer Kontrollgruppe von zehn ebenfalls betroffenen Fahrern ohne Behandlung: In der ersten Gruppen wurden acht, in der zweiten zwei abstinent ... [29].)