

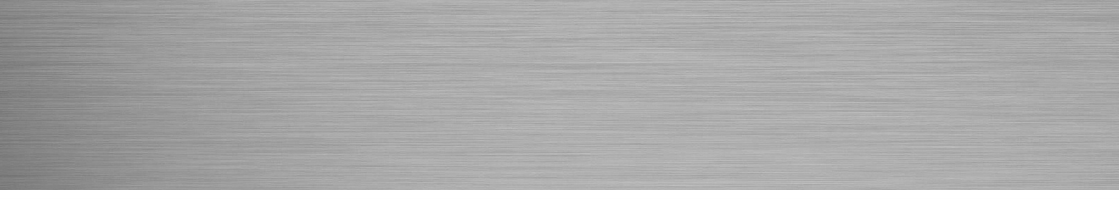
Leitfaden

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

inklusive der neuen S3-Leitlinie

3. 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 50 – 70 % der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter an, gelegentlich sogar bis ins Seniorenalter. Mit der Veröffentlichung der ADHS S3-LL 2018, an der ich als Vertreter der BVDN teilgenommen habe, wird die Kommunikation mit Patient und Beteiligten sicher erleichtert. Hier können Sie die S3-Leitlinie downloaden: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-045.html

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 therapieresistenter, aber zunächst im Vordergrund stehender, häufiger komorbider Störungen. Nach Erfahrung vieler Kolleginnen und Kollegen, ist die Behandlung von motivierten ADHS-Patienten eine ärztlich sehr befriedigende Arbeit mit oft mehr Erfolgen, als bei anderen psychiatrisch-psychosomatischen Störungsbildern.

Für die zahlreichen Hinweise bei der Erstellung dieses Leitfadens möchte ich mich erneut 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 Therapieviefalt 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 neuropsychiatrischem 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 diesem Leitfaden 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)

Referat ADHS BVDN

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. Verhaltensbeobachtungen während testpsychologischer Untersuchungen können ergänzende Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS-Symptomatik liefern. ADHS-Symptome müssen jedoch nicht notwendigerweise während der Untersuchung auftreten. Selbstbeurteilungsverfahren verbreitern die Informationsbasis, sind für die Diagnose aber alleine nicht ausreichend.

Vorgehensweise:

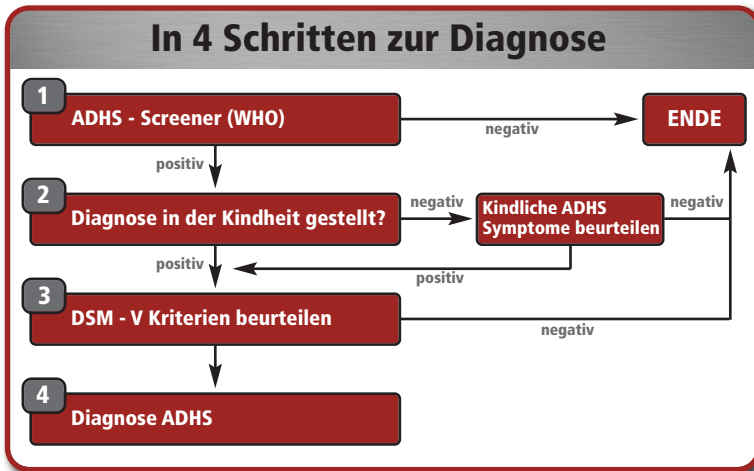
1. Eingangssituation der fachärztlichen Vorstellung:

- a) 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? Hat eine Veränderung der Symptomatik stattgefunden? Welche Vorbehandlungen sind erfolgt? Download Transitionsbögen: www.expertenrat-adhs.de
- b) **Red Flag:** 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-R (Integrierte Diagnose der ADHS) und HASE (Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene).



Integrierte Diagnose der ADHS (IDA-R) im Erwachsenenalter

IDA-R – 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 - V Kriterien	ADHS-DC (Diagnose Checkliste)	Fremdenbeurteilung durch trainierten Experten	22 0 - 3 Skalierung
Stufe 2b DSM - V 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)

Vergleich DSM-IV und DSM-5	
DSM-IV	DSM-5
Symptome sind vor dem 7. Lj. aufgetreten	Symptome sind vor dem 12. Lj. aufgetreten
Je 9 Kriterien aus den Bereichen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität/ Impulsivität wurden definiert	18 Kriterien von DSM-IV wurden beibehalten
6 von 9 Kriterien aus dem Bereich Aufmerksamkeitsdefizit und/oder Hyperaktivität/Impulsivität müssen erfüllt sein	Bei Personen ab 17 Jahren müssen 5 von 9 Kriterien (bis 17 Jahre 6 von 9 Kriterien) aus dem Bereich Aufmerksamkeits-defizit und/ oder Hyperaktivität/Impulsivität erfüllt sein
ADHS und Autistische Störung schließen sich aus	ADHS und Autistische Störung schließen sich nicht aus
Aufteilung in Subtypen	Aufteilung in „ Specifler “ – zusätzlich wird der Schweregrad angegeben (leicht, mittel, schwer)
Restkategorie „ ADHS not otherwise specified “	Restkategorien „ Other specified ADHS “ und „ Unspecified ADHS “

Leitlinien ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen 2018

ADHS – Klassifikation: ICD-10 und DSM-5

Aufmerksamkeitsstörung

+

Hyperaktivität

+

Impulsivität

situationsübergreifend
vor dem 7. Lebensjahr



ICD-10

Hyperkinetische Störung (HKS)

- F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F90.8 Sonstige hyperkinet. Störung
- F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung

Aufmerksamkeitsstörung

ODER

Hyperaktivität

+

Impulsivität

situationsübergreifend
vor dem 12. Lebensjahr



DSM-5

ADHS
„Specifier“

- Überwiegend unaufmerksam
- Überwiegend hyperaktiv-impulsiv
- Kombinierte Präsentation



Bei ADHS handelt es sich um eine dimensionale und nicht um eine kategoriale Diagnose. Dies bedeutet, dass viele Menschen wenig oder weniger ausgeprägte ADHS-Symptome haben, ohne jedoch die Diagnosekriterien zu erfüllen und/oder im Alltag den entsprechenden Leidensdruck zu zeigen. Die Indikation zur Therapie wird somit bei Erfüllen von ICD 10 oder DSM V-Kriterien und entsprechenden klinisch bedeutsamen funktionellen Beeinträchtigungen gestellt.

Therapie der ADHS im Erwachsenenalter

Die Behandlung sollte immer mit einem multimodalen Therapieansatz erfolgen. Die Säulen der multimodalen Therapie bestehen aus Psychoedukation und – im Gegensatz zur Situation bei Kindern und Jugendlichen – im Erwachsenenalter einer Pharmakotherapie als primäre Behandlungsoption bei leichter, moderater und schwerer Symptomausprägung. Desweiteren Psychotherapie (vorrangig kognitive Verhaltenstherapie) und ergänzende Therapien mit geringen Evidenzniveau, die entsprechend in den S3-LL dargelegt werden.

Eine umfassende Psychoedukation soll 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 3 Substanzen zu Lasten zu Lasten der GKV verordnungsfähig (Auflistung entsprechend der Reihenfolge der Zulassung):
 - Methylphenidat (Medikinet® adult, Ritalin® adult)
 - Atomoxetin (Strattera®, Agakalin®)
 - Lisdexamphetamin (Elvanse adult®)

4. Aufgrund von Off-Label-Use-Prüfanträgen einzelner Krankenkassen in der Vergangenheit, sollte stets F90.xG kodiert werden (z.B. F98.8G aus KJP für unkonzentrierten Typus ADS vermeiden)

Behandlungsplanung bei ADHS

leichter Schweregrad	- primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) - in Einzelfällen Pharmakotherapie
mittlerer Schweregrad	in Abhängigkeit von den konkreten Bedingungen des Patienten - eine intensivierte psychosoziale (einschließlich intensivierte psychotherapeutische) Intervention - eine pharmakologische Behandlung - eine Kombination angeboten
schwerer Schweregrad	- primär Pharmakotherapie

4. Differenzierende Merkmale von 2 bereits länger im Markt befindlichen Substanzen (Stand 5/2019)

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 Termineinhaltung

Atomoxetin

- Vorwiegend noradrenerg wirksam
- Einmal tägliche Gabe, nahrungsunabhängig
- allmählicher Wirtaufbau, Symptomverbesserung nach 1-4 Wochen feststellbar, weitere 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 (z. B. 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)

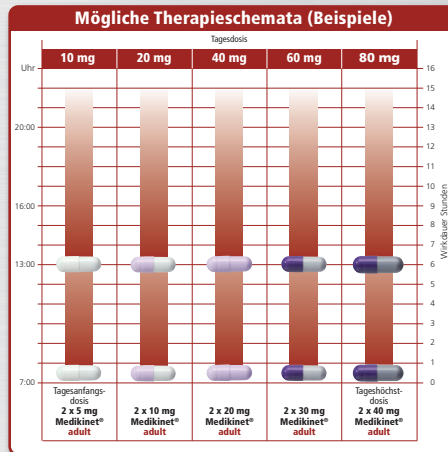
b) Kontrollen

- 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
- Elvanse® adult
- Ritalin® adult

- **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
- In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärztinnen/Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt (z.B. Neuropsychiater). Stand GBA Arzneimittelrichtlinie 02/2019
- Langfristige Nutzen des Arzneimittels regelmäßig durch behandlungsfreien Zeitabschnitt nach 1 Jahr neu bewerten. Weiterer Behandlungsbedarf? (EKG über Hausarzt)

6. Atomoxetin (Agakalin®, Strattera®)

a) Dosistitration bei Erwachsenen:

- Beginn mit 10 – 18 mg. Zur Verbesserung der Verträglichkeit – insbesondere bei Pat. mit Hinweis auf CYP2D6 Poor Metabolizer – kann diese geringe Startdosis sinnvoll sein (trotz z. T. Fachinformationsempfehlung einer Startdosis 40 mg/Tag)
- Allmählicher Wirkaufbau, Symptomverbesserung i.d.R. innerhalb von 1 – 4 Wochen feststellbar
- zweiwöchentliche 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 langsameres 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

Wirkstärke in mg	Packungs- größe	PZN
10	14	15268872
10	35	15268889
18	14	15268895
18	35	15268926
25	14	15268932
25	35	15268949
40	14	15268955
40	35	15268961
60	14	15268978
60	35	15268984
80	14	15269009
80	35	15269015
100	14	15269021
100	35	15269038

Stand 05/2019

* Die genannten Dosierungsempfehlungen basieren auf der Erfahrung von ADHS-Experten und dienen einer verbesserten Verträglichkeit. In der Agakalin Fachinformation wird ein progressiveres Dosierungsschema empfohlen: „Die Behandlung mit Agakalin 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
- ATX-Verordnung als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms (s. S3-Leitlinie)
- 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 und ICD-Kriterien
- 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)
- Autismus
- 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 weiterhin 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 mit Konzentrations- und Antriebsstörung: Nortryptilin, noch stärker Milnacipran 25–100 mg (Vorteil: keine CYP -450 Interaktion, renale Ausscheidung)
- 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 ausgeprägten Antriebsstörungen: Bupropion 150 – 300 mg
- Bei großer Reizoffenheit, besonders bei Komorbidität Autismus: Aripiprazol, initial 2.5 mg, selten mehr als 10 mg (off-label)
- Komorbide Borderline-PS: 37,5–75 mg Venlafaxin
- Autistische Züge: 10–20 mg Fluoxetin
- Bipolare Störung/starke Affektschwankung: LTG (VPA,CBZ)
- Bei Schlafstörung, insbesondere bei komorbider Angststörung, Depression: Trazodon, initial 25 mg, selten mehr als 100 mg z.N.
- Bei großer Reizoffenheit, besonders bei Komorbidität Autismus: Aripiprazol, initial 2.5 mg, selten mehr als 10 mg (off-label)
- 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

Therapie der ADHS

Klinische Diagnose einer ADHS

ja

Aufklärung von Betroffenen und Bezugspersonen über Art der Störung, psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen, Coaching

Symptome ausreichend gebessert

ja

keine weitere Therapie erforderlich

nein

psychiatrische Komorbidität

ja

komorbide Störung führend

nein

nein

ja

Stimulanzien
(Methylphenidat und
Lisdexamphetamin), Atomoxetin
und Off-Label D-L-Amphetamin

spezifische Therapie
der komorbiden Störung
mit speziell angepassten
Substanzen

ja

Symptome ausreichend gebessert

nein

Symptome auch der ADHS
ausreichend gebessert

nein

Gabe von spez. Antidepressiva und
ggf. Wechsel des psychotherapeutischen Ansatzes

ja

© krause 2019



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.