

# POSITIONSPAPIER

## ADHS bei Erwachsenen

im Namen der folgenden Institutionen



**LWL-Universitätsklinikum Bochum**  
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie



August 2019

## Einführung – ADHS bei Erwachsenen

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine häufige Verhaltensstörung im Kindesalter. Sie ist gekennzeichnet durch Probleme mit Aufmerksamkeit und Konzentration sowie gesteigerte Impulsivität und Hyperaktivität.<sup>17, 18</sup>

Die Symptome treten erstmals vor dem 12. Lebensjahr auf. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass die Häufigkeit (Prävalenz) bei Kindern weltweit zwischen 2% und 7% liegt, mit einem Durchschnitt von etwa 5%. Mindestens weitere 5% der Kinder haben erhebliche Probleme mit Überaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität, liegen jedoch knapp unter der Schwelle, um die vollständigen Diagnosekriterien für ADHS zu erfüllen.<sup>10</sup> Bei etwa der Hälfte der betroffenen Kinder- und Jugendlichen besteht die Erkrankung bis ins Erwachsenenalter fort, mit einer Prävalenz von in etwa 3% bei adultem ADHS, und kann über die gesamte Lebensspanne verbleiben.<sup>11,12, 18</sup>

ADHS tritt gehäuft zusammen mit anderen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters auf (wie bspw. Autismus-Spektrum-Erkrankungen oder Störung des Sozialverhaltens) und ist ein Risikofaktor für psychische Störungen im Erwachsenenalter, wie Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen.<sup>1,9,13,17</sup> Solche komorbide Störungen erschweren die Diagnostik und die Therapie der psychischen Störung sowie die der ADHS-Erkrankung. Infolgedessen steigt die Krankheitslast der Patienten im Lauf des Lebens weiter erheblich an.<sup>18</sup> Neben gesundheitlichen Einschränkungen können auch die schulische Laufbahn, die berufliche Karriere<sup>2,8</sup> sowie Beziehungen und das soziale Leben beeinträchtigt werden.<sup>10</sup> Durch vermehrte Unfälle und Suizidalität ist die Mortalität der Patienten signifikant gesteigert, aber auch abgesehen davon bestehen Beeinträchtigungen in fast allen Bereichen.

Auf dem Boden dieser Befunde ist es umso alarmierender, dass ADHS bei Erwachsenen häufig nicht, viel zu spät, falsch behandelt oder fehldiagnostiziert wird. Durch die häufig bestehenden komorbiden Erkrankungen ist dies insbesondere problematisch, da Fehl- bzw. Falschbehandlung häufig zu einer Verschlechterung der Symptomatik und zur Chronifizierung von komorbiden psychischen Störungen führt. Dies führt zu einer enormen Kostenbelastung des Gesundheitswesens, wobei zu bedenken ist, dass die ADHS Kosten noch stark unterschätzt sind: Viele der Krankheitskosten, die eigentlich der ADHS zugeordnet werden müssten, werden aktuell unter den komorbiden Krankheitsbildern geführt.

Neben den medizinischen Behandlungskosten der ADHS und der durch sie resultierenden Komorbiditäten kommt es für die Gesellschaft zu zusätzlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Durch Fehl- und Falschbehandlung und die damit einhergehenden Einschränkungen im Alltag (reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, innere Unruhe, erhöhte Impulsivität) haben betroffene Patienten stark geminderte Chancen am Arbeitsmarkt bzw. Produktivitätsverluste durch Präsentismus.<sup>4</sup>

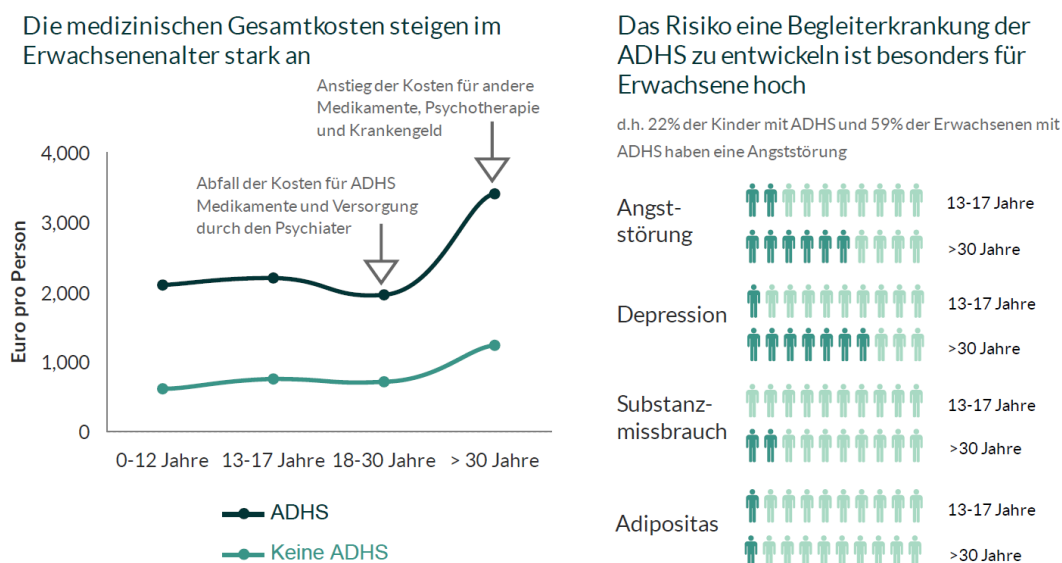


Abbildung 1: Infografik basierend auf: Libutzki, B; Ludwig S; May, M. et al (2019) Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis. European Psychiatry, 58: 38-44.

## **Anliegen – Die derzeitige Versorgungssituation in Deutschland**

Durch eine adäquate Behandlung können Einschränkungen im sozialen Leben und Berufsfeld gemindert sowie Komorbiditäten vermieden werden.<sup>14,15,16</sup> Eine frühe Erkennung und leitliniengerechte Behandlung der ADHS ist somit ausschlaggebend.

Die Relevanz der ADHS bei Erwachsenen gewinnt in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit. Die Ergänzung der S3-AWMF-Leitlinie ADHS um Erwachsene ist ein wichtiger Schritt, um Prävention, Diagnostik und Behandlung in die Versorgungsrealität auch bei adultem ADHS zu etablieren. Die Umsetzung der leitliniengerechten Versorgung von jungen Erwachsenen mit ADHS ist jedoch nach wie vor eine Herausforderung. Es mangelt weiterhin an Aufklärung und Umsetzung in der Behandlung von Jugendlichen und insbesondere Erwachsenen mit ADHS.<sup>6</sup>

Aus einer aktuellen Publikation einer Analyse mit GKV-Routinedaten<sup>1</sup> geht hervor, dass insbesondere der Übergang ab dem 18. bzw. 21. Lebensjahr, nach dem Ausscheiden aus der Betreuung eines Kinderarztes in die Erwachsenenmedizin, eine Versorgungslücke darstellt. Wie sich in aktueller Studienlage zeigt, sind besonders in diesem Alter der „Transition“ die Bedürfnisse der Patienten nicht erfüllt.<sup>1,3</sup>

Eine feste Anlaufstelle, bei der Patienten Hilfe erhalten und bei der zielgerichtet die weitere (multimodale) Versorgung sichergestellt wird, gibt es in flächendeckender Form nicht, obgleich dies unter präventiven und gesundheitsökonomischen Aspekten dringend geboten wäre.<sup>5</sup> Eine flächendeckende Versorgung von erwachsenen ADHS-Patienten in individuellen, multimodalen Behandlungsansätzen entsprechend der Leitlinie, mit Kooperationen der Leistungserbringer über Sektorengrenzen hinweg, muss dringend aufgebaut werden.<sup>18</sup>

## **Vorhaben – Versorgungsmanagement und Aufmerksamkeit schaffen**

Die Verfasser streben ein Projekt an mit der Zielsetzung, die Versorgungslücken zu schließen und die Leitlinie in der Regelversorgung zu implementieren.

Durch ein interdisziplinäres, multimodales Therapiekonzept sollen Standards umgesetzt und niederschwellige Therapieansätze für erwachsene ADHS-Patienten angeboten werden. Zudem soll über die Erkrankung der ADHS bei Erwachsenen weiter aufgeklärt werden.

Mit diesem Factsheet möchten die Unterzeichner auf die derzeitige Versorgungssituation von erwachsenen Patienten mit ADHS aufmerksam machen und mit Ihnen als Vertreter der relevanten Institutionen in Deutschland gemeinsam in den Diskurs gehen.

## Veröffentlichungen und Nachweise

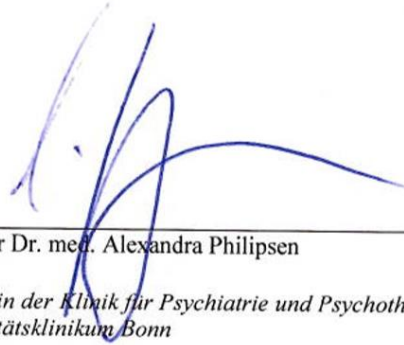
- 1 Libutzki, B; Ludwig S; May, M. et al (2019) Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis. *European Psychiatry*, 58: 38-44.
- 2 McCarthy J, Chaplin E, Underwood L, Forrester A, Hayward H, Sabet J, Young S, Asherton P, Mills R, Murphy D (2016) Characteristics of prisoners with neurodevelopmental disorders and difficulties. *JIDR* 60(3): 201-6
- 3 Murphy D, Glaser K, Hayward H et al (2018) Crossing the divide: a longitudinal study of effective treatments for people with autism and adhd across lifespan. NIHR Journals Library, Southampton
- 4 Daley D, Hojberg-Jacobsen R, Lange A, Sorensen A, Walldorf J. Costing adult attention deficit hyperactivity disorder – impact on the individual society. Oxford University Press; 2015.
- 5 Fegert JM, Hauth I, Banaschewski T, Freyberger HJ. Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderung für die Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2017;45 (1):80-5
- 6 Bachmann C, Philipson A, Hoffmann F. ADHS in Deutschland: trends in diagnose und medikamentöser therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 2017; 114:141-8
- 7 Solberg BS, Halmoy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsoyr K. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2018; 137(3):176-186
- 8 Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine* 2015; 45(2): 247-258
- 9 Ottosen C, Petersen L, Tidselbak Larsen J, Dalsgaard S. Gender Differences in Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. *Journal of the American academy of child & adolescent Psychiatry*; Volume 55; Number 3; March 2016
- 10 Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*; 2018 Feb;5(2):175-186
- 11 Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2007 May; 190:402-9
- 12 Kooij JJ, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiament PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med*. 2005 Jun;35(6):817-27.
- 13 Martin A, Katzman, Timothy S, Bilkey, Pratap R, Chokka, Angelo Fallu, and Larry J Klassen. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 302.
- 14 Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Atten Disord*. 2009 Sep;13(2):175-87.
- 15 Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*. 1999;104(2)
- 16 Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sando M, Magallón S, Alvarez Zallo N, Luis EO, et al. Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017 Sep 25;7(9):e018027.
- 17 Banaschewski T, Hohmann S, Millenet S, Döpfner M, Grosse KP, Rösler M et al. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie “Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter “. AWMF-Registernummer 028-045. Mai 2017
- 18 Döpfner M, Banaschewski T, Rösler M, Skrodski K et al. Eckpunkte zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland. *Zentrales ADHS-Netz. zuletzt geprüft am 01.07.2019* [https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales\\_adhs-netz/%C3%9Cber\\_das\\_Netz/T%C3%A4tigkeit/Eckpunktepapier\\_2016/Eckpunkte\\_2016\\_FINAL-08-gesichert.pdf](https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/%C3%9Cber_das_Netz/T%C3%A4tigkeit/Eckpunktepapier_2016/Eckpunkte_2016_FINAL-08-gesichert.pdf)



---

Professor Dr. med. Andreas Reif

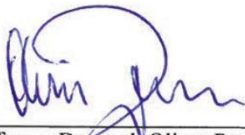
*Universitätsklinikum Frankfurt  
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und  
Psychotherapie*



---

Professor Dr. med. Alexandra Philipsen

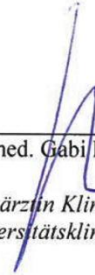
*Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Bonn*



---

Professor Dr. med. Oliver Pogarell

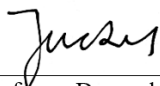
*Geschäftsführender Oberarzt Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Universitätsklinikum München*



---

Dr. med. Gabi Koller

*Oberärztin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum München*



---

Professor Dr. med. Georg Juckel

*Ärztlicher Direktor des LWL-Universitätsklinikum der  
Ruhr-Universität Bochum Psychiatrie, Psychotherapie und  
Präventivmedizin*



---

Dr. med. Knut Hoffmann

*Stellvertretender ärztlicher Direktor des LWL-  
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum  
Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin*



---

Dr. jur. Myriam Bea

*Geschäftsführerin  
ADHS Deutschland e. V.*