

Originalarbeit

ADHS: unterdiagnostiziert oder übertherapiert?



© APA, picturedesk.com

Zieht man internationale epidemiologische Daten heran, besteht in Österreich eine medikamentöse Unterversorgung von Personen mit ADHS. Experten fordern künftig eine exaktere Diagnose, Indikationsstellung für die Medikation sowie regelmäßige Aus- und Weiterbildung. Speziell der ADHS im Erwachsenenalter sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Von Gabriele Fischer et al.*

Mit einer Prävalenz von drei bis sieben Prozent bei Kindern und zwei bis fünf Prozent bei Erwachsenen ist die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen der Kindheit, die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben kann. Die drei Hauptkriterien sind Unaufmerksam-

keit, Hyperaktivität und Impulsivität. Man unterscheidet drei Formen der ADHS: vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ, vorwiegend unaufmerksamer Typ (entspricht der ADS = Aufmerksamkeitsdefizit-Störung), kombinierter Typ.

Geschlechtseffekte scheinen sich bei ADHS im Erwachsenenalter vom Kindes-

alter zu unterscheiden. Die Rate von Buben zu Mädchen mit 5:1 gleicht sich im Erwachsenenalter auf nahezu 1:1 an. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Mädchen hauptsächlich den „un-aufmerksamen Typ“ der ADHS und weniger Lernschwierigkeiten sowie weniger Probleme in Schule und Freizeit aufweisen. Im Erwachsenenalter wird der Zusammenhang zwischen ADHS und dem symptomatischen Ausdruck der Störung nicht mehr vom Geschlecht beeinflusst. Daher ist die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose für Männer und Frauen etwa gleich groß.

Komorbide psychiatrische Störungen

Zwei Drittel aller Kinder und 65 bis 89 Prozent der erwachsenen Patienten mit ADHS weisen eine oder mehrere komorbide psychiatrische Störungen auf. Die häufigsten Komorbiditäten im Erwachsenenalter sind Angst- und affektive Störungen, Substanzabhängigkeit, Persönlichkeits- und Essstörungen. Dies erschwert die Diagnostik, da sich die Symptome der ADHS und der genannten Störungen häufig überlappen. Die Erfassung einer ADHS ist nicht adäquat in die klinische Begutachtung von psychiatrisch erkrankten Patienten integriert; daher bleibt ADHS in vielen Fällen unerkannt.

Besonders eine unbehandelte ADHS zeigt zahlreiche negative Auswirkungen. Das Risiko für eine negative Schulkarriere ist aufgrund der Konzentrationsschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten groß. Oft nehmen Kinder eine Außenseiterrolle ein, was den Aufbau von stabilen Freundschaften als wichtigen Entwicklungsschritt verhindert. Die Konflikte im familiären Alltag stellen für die ganze Familie eine enorme Belastungsprobe dar. Bei Erwachsenen zeigt sich ein Zusammenhang

zwischen ADHS und einer höheren Arbeitslosenrate, einer geringeren Produktivität am Arbeitsplatz, einer leichteren Reizbarkeit und niedrigeren Frustrationstoleranz. Kinder wie Erwachsene mit ADHS haben außerdem ein höheres Risiko für Unfälle und Delinquenz. Somit hat eine unbehandelte ADHS auch volkswirtschaftlich entscheidende finanzielle Auswirkungen, die häufig vernachlässigt werden.

Medikamentöse Behandlung

Eine medikamentöse Therapie sollte erst bei Kindern ab sechs Jahren erfolgen. Für den Großteil von ihnen ist eine nicht-medikamentöse Intervention (klinisch-psychologische Therapieprogramme, Entspannungstechniken) die Methode der ersten Wahl. Dabei gilt die Verhaltenstherapie als einziges evidenzbasiertes Verfahren als Goldstandard der psychoedukativen Intervention. Vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung ist eine exakte klinisch-psychologische Diagnostik unabdingbar und es ist abzuklären, ob die Familie bereit ist, umfassend mitzuarbeiten. Außerdem müssen psychiatrische Komorbiditäten erfasst werden. Speziell bei Jugendlichen sollte eine Suchtanamnese erfolgen und gezielte Fragen nach Tics oder Anfallsleiden gestellt sowie kardialen Vorerkrankungen oder Belastungen in der Familie geklärt werden. Ein möglichst früher Beginn der Behandlung ist von höchster Relevanz.

Medikament der ersten Wahl zur Behandlung der ADHS bei Jugendlichen und Kindern ab sechs Jahren ist Methylphenidat. Es erhöht die Verfügbarkeit von Dopamin und Noradrenalin im synaptischen Spalt durch Wiederaufnahmehemmung. Die Wirkung manifestiert sich klinisch als erhöhte Konzentration, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle sowie Lern- und Merkfähigkeit. Es gibt hinreichend Evidenz dafür, dass die Medikation in dieser Indikation nicht zu einer Abhängigkeit führt. Wesentlich scheint die korrekte Indikationsstellung und Begleitung durch Fachärzte für Kinderpsychiatrie beziehungsweise wegen der zu geringen Zahl an Krankenkassenverträgen dafür auch durch Pädiater.

Zahl der Verordnungen

Derzeit ist in Österreich kein Medikament zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter zugelassen. Weiterverordnungen von Atomoxetin (Strattera®) und OROS Methylphenidat (Concerta®) bei Erwachsenen sind zugelassen, wenn die medikamentöse Therapie vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde. ▶▶



Der Oberste Sanitätsrat hat eine Expertengruppe beauftragt, sich mit der Problematik der ständig steigenden Zahl der Verordnungen dieser Substanzen zu befassen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Versorgungsdaten von 13 großen Sozialversicherungsträgern (neun Gebietskrankenkassen, BVA, SVA, SVB, VAEB) ergaben, dass im Jahr 2011 insgesamt 8.171 Personen mit Methylphenidat oder Atomoxetin versorgt wurden; das entspricht weniger als 0,1 Prozent der Bevölkerung. Die Zahl der Betroffenen ist im Jahr 2009 um 20 Prozent angestiegen. Dies könnte mit der Aufnahme der retardierten Formen von Ritalin im Erstatungskodex 2009 und dem damit verbundenen verstärkten Marketing des Anbie-

ters zusammenhängen. Seit 2009 ist der Anstieg an Verordnungszahlen allerdings weitaus geringer beziehungsweise sogar wieder fallend (s. Tab. 1). Im Mehrjahresvergleich zeigt sich bei der Geschlechterverteilung ein Trend zu einer Steigerung des Frauenanteils. In der Gruppe der Zehn- bis 20-Jährigen findet sich mit 3.900 Patientinnen der größte Anteil derer, die Methylphenidat oder Atomoxetin erhalten (s. Grafik 1).

Die Abgabemengen von Methylphenidat und Atomoxetin weisen von 2009 bis 2011 steigende Tendenz auf, wobei Ritalin® marktführend ist; besonders zu beachten ist dabei der Trend zur Verordnung von höheren Dosierungen. Dem Bundes-

amt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) liegen aus Österreich insgesamt sechs Fallmeldungen von Nebenwirkungen (Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 19 Jahren) zu Ritalin-haltigen Arzneispezialitäten vor. Alle Reaktionen waren - gemäß der Fachinformation - als erwartet einzustufen. Hier kann allerdings - wie insgesamt für Medikamente in Österreich - ein sehr zaghaftes Melde-Verhalten angenommen werden.

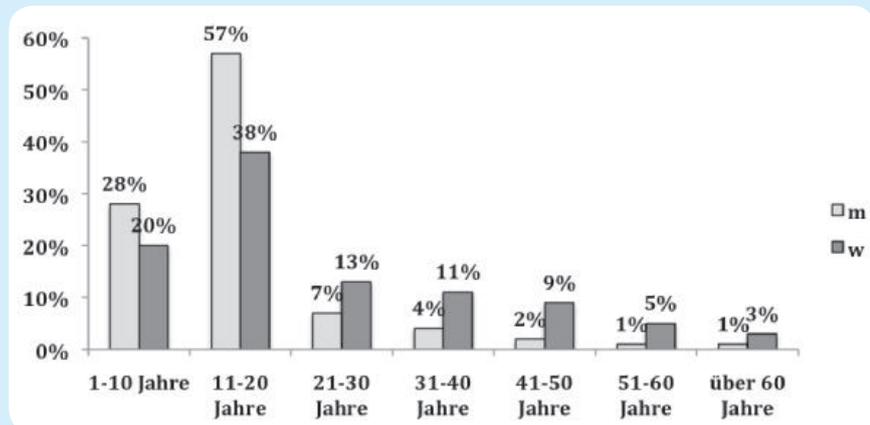
Die Erhebung zeigt für Österreich - zieht man internationale epidemiologische Daten heran - eine medikamentöse Unterversorgung von Personen mit ADHS an. Es könnte unter Umständen sogar eine Fehlversorgung vorliegen, die sich aber anhand dieser Erhebung nicht beurteilen lässt. In Zukunft sollte eine bessere Qualitätskontrolle bei der Diagnostik, Indikation und Verlaufskontrolle in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken. Die Indikation zur Medikation sollte von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. Die regelmäßige Fort- und Weiterbildung der verschreibenden Ärzte und aller anderen betroffenen Berufsgruppen (Fachärzte für Psychiatrie, Allgemeinmediziner, klinische Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen) ist anzustreben. Mehr Aufmerksamkeit sollte ADHS im Erwachsenenalter gewidmet werden.

Literatur bei den Verfassern

*) Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer, Mag. Laura Brandt; beide: Medizinische Universität Wien/Zentrum für Public Health, Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien; Mag. Ulla Konrad, Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen, Möllwaldplatz 4/4/39, 1040 Wien.

Korrespondenz: Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer, E-Mail: gabriele.fischer@meduniwien.ac.at

Verteilung der medikamentös Behandelten mit Methylphenidat und Atomoxetin*



* nach Altersklassen, 2011

Grafik 1

Geschlechtsspezifische Veränderung der Verordnungszahlen von Methylphenidate und Atomotexin in %

	w	m
2008-2009	+19	+27
2009-2010	+8	+15
2010-2011	-1	+4

Tab. 1