

## FACHBEITRÄGE

# Prävalenz, Diagnostik und Therapie der Erwachsenen-ADHS bei alkoholabhängigen Patienten

in der stationären Sucht-Rehabilitation der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim



Dr. Tillmann Weber

Die Erwachsenen-ADHS ist häufig, beeinträchtigend und mit anderen psychischen Störungen verbunden. Nichtsdestotrotz wird diese Erkrankung häufig nicht erkannt und nicht behandelt, was ein weltweites Phänomen (Fayyad et al. 2017) und kein spezifisch deutsches Problem darstellt (Bachmann et al. 2017).

Während in der Gesamtbevölkerung „nur“ ca. 2.5 % eine Erwachsenen-ADHS aufweisen (Simon et al. 2009, Fayyad et al. 2016), ist eine Erwachsenen-ADHS bei Suchtpatienten viel häufiger. In einer großen Meta-Analyse von 29 Studien (van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2012), die Patienten mit einer Substanzkonsumstörung auf das Vorliegen einer ADHS untersuchten, zeigte sich eine substanzklassenübergreifende Prävalenz von 23.1 % (Konfidenzintervall: 19.4-27.2 %). Außer für Kokain ergaben sich keine unterschiedlichen ADHS-Prävalenzraten für die einzelnen Substanzabhängigkeiten. Arias et al. ermittelten für 1760 opiat- und kokainabhängige Patienten eine 5-fach erhöhte ADHS-Prävalenz im Vergleich zu nicht-abhängigen Kontrollen (Arias et al. 2008). Bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit lag die Prävalenz einer Erwachsenen-ADHS bei 6.6-21.3 % aus verschiedenen Studien mit ambulanten, teilstationären und stationären Patienten (Daigre et al. 2015, Johann et al. 2003, Ohlmeier et al. 2008, Reyes et al. 2016, Roncero et al. 2015; van de Glind et al. 2014). Somit ist das Vorliegen einer Erwachsenen-ADHS bei Suchtpatienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung allgemein deutlich erhöht. Zudem führt eine komorbide Erwachsenen-ADHS zu einer früheren Substanzabhängigkeit und zu einem schwereren Krankheitsverlauf der Suchterkrankung (Arias et al. 2008; Carroll & Rounsaville 1993; Ercan et al. 2003; Moura et al. 2013).

Aufgrund dieser deutlich erhöhten Prävalenz von ADHS bei Suchtpatienten empfehlen Leitlinien und Expertengruppen ein generelles ADHS-Screening bei Suchtpatienten (Crunelle et al. 2018), wobei die diagnostische Abklärung erst nach der Entzugsbehandlung erfolgen soll-

te (S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ 2016: 196-207). Zudem wird eine gleichzeitige Behandlung beider Störungen gefordert (S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ 2016: S.196-207, Crunelle et al. 2018), da der Therapieerfolg für Suchtpatienten mit ADHS schlechter ist (Young et al. 2015, Levin et al. 2004) und sich eine gemeinsame Therapie beider Störungen positiv sowohl auf die Substanzabstinenz wie auch auf die Reduktion der ADHS-Symptomatik auswirken sollte. Diese Annahme begründet sich auch darin, dass angenommen wird, dass nicht nur gemeinsame genetische Risikofaktoren die erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Abhängigkeitsentwicklung bei ADHS-Betroffenen erklärt, sondern ADHS-Symptome wie Impulsivität (Urcelay and Dalley 2012) und gestörte Emotions-, Selbst- und Stressregulation aber auch Selbstmedikation zur Symptomlinderung (Wilens et al. 2007; Khantzian et al. 1996) zur Initiation und Aufrechterhaltung des Substanzkonsums bzw. zum Rückfall beitragen (Faraone et al. 2007).

Bisher wurden jedoch keine systematischen Untersuchungen zur ADHS-Prävalenz, ADHS-Diagnostik und integrierter Behandlung von Sucht und ADHS bei Patienten in der Sucht-Rehabilitation durchgeführt. Daraus resultierend gibt es kaum Einrichtungen, die tatsächlich einen ausgewiesenen Behandlungsschwerpunkt in der Abklärung und Behandlung beider Störungen aufweisen. Das ist bedauerlich, weil sich gerade die Suchtrehabilitation mit einer vorher schon abgeschlossenen Entzugsbehandlung und ihren langen Therapiedauern von 8-26 Wochen für eine verbesserte, standardisierte ADHS-Diagnostik und eine gleichzeitige Therapie beider Erkrankungen unter fortgesetzter Abstinenz anbietet.

Die Sucht-Rehabilitation (Entwöhnung) ist ein zentraler Bestandteil der Versorgung von Suchtkranken in Deutschland und steht ergänzend zur Akutversorgung der internistischen Krankenhäuser (Entgiftung) und psychiat-

rischen Kliniken und Tageskliniken (qualifizierter Entzug) und Suchtambulanzen zur Verfügung. Die Entwöhnungsbehandlung kann ambulant in Suchtberatungsstellen, teilstationär in Tageskliniken und in vollstationären Einrichtungen erfolgen. Sie muss jedoch zuvor durch den Betroffenen – mit Unterstützung einer Suchtberatungsstelle oder der Akutklinik - bei dem zuständigen Kostenträger (Rentenversicherung oder Krankenkasse) beantragt und bewilligt werden. Hierbei kann sich der Betroffene die Reha-Klinik in Abstimmung mit dem Kostenträger selbst aussuchen (Wunsch- und Wahlrecht). Voraussetzung für eine Entwöhnungsbehandlung ist, dass der Patient zuvor seinen Substanzkonsum eingestellt hat. Eine solche vorgeschaltete Entzugsbehandlung wird durch die Akutkliniken gewährleistet. Prinzipiell hat jeder Suchtkranke einen Anspruch auf Rehabilitation, da seine Teilhabe am (Erwerbs-)Leben durch die Suchterkrankung gefährdet ist. Die stationäre Entwöhnung (Sucht-Reha) dauert zwischen 8-26 Wochen und zielt darauf, Fähigkeiten zur dauerhaften Abstinenz zu vermitteln und ist somit eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung. Die Behandlung von „legalen“ Abhängigkeiten wie Alkohol, Medikamenten und Spielsucht erfolgt getrennt von „illegalen“ Abhängigkeiten wie Heroin oder Amphetaminen (Drogen-Reha). Im Rahmen der Suchttherapie gewährleisten die Entwöhnungskliniken – je nach Spezialisierung – auch die Abklärung und Behandlung von weiteren psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder ADHS und körperlichen Erkrankungen wie Rückenschmerzen oder Diabetes mellitus.

Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim behandelt Patienten, die als Hauptdiagnose eine „legale“ Abhängigkeit wie Alkohol, Medikamente oder Spielsucht aufweisen. Als Nebendiagnose kann ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Drogen vorliegen. Die Behandlungsdauer liegt zwischen 8 und 20 Wochen. Die Behandlung erfolgt verhaltenstherapeutisch primär als Gruppentherapie, aber auch im einzeltherapeutischen Setting. Die meisten psychischen und körperlichen Erkrankungen können mitbehandelt werden, sofern sie nicht die Suchttherapie beeinträchtigen (z. B. Suizidalität, Demenz oder akute Bauchspeicheldrüsenerkrankung).

2016 wurde in der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim eine Untersuchung zur ADHS-Prävalenz an alkoholabhängigen Patienten durchgeführt (Luderer et al. 2018). Über das Studiendesign und die Ergebnisse soll hier berichtet werden. Zudem wird die daraus abgeleitete standardisierte ADHS-Diagnostik (Luderer et al. 2019) und -Therapie der Klinik beschrieben, die sich seitdem entwickelt hat. Die ADHS-Spezialisierung als Folge der Prävalenzstudie lässt sich daran ablesen, dass vor 2016 lediglich 2-5 ADHS-Diagnosen pro Jahr gestellt wurden, ohne dass für diese Pa-

tienten ein spezifisches Behandlungskonzept vorlag, während seit 2016 jährlich zwischen 60-90 Patienten bei uns diagnostiziert und mit einem standardisierten Konzept aus Gruppentherapie, Einzeltherapie und Medikation behandelt werden.

Zunächst wird der Studienablauf der ADHS-Prävalenzstudie von 2016 dargestellt (eine detaillierte Beschreibung findet sich in Luderer et al. 2018). Ziel der Studie war, möglichst alle Neuaufnahmen mit einer Alkoholabhängigkeit auf das Vorliegen einer Erwachsenen-ADHS zu untersuchen. Nach Studienaufklärung und -einwilligung in der zweiten Woche nach Aufnahme, erfolgte in der dritten Woche eine ADHS-Diagnostik mit Selbst- (WURS-k, ADHS-SB, ASRS, CAARS-S-SB) und Fremdbeurteilungsbögen (Elternbeurteilungsbogen, Zeugnisse, ADHS-DC, CAARS-S-FB). Erst in Woche 4, also nach mindestens 3-wöchiger, kontrollierter Abstinenz, wurde ein frei erhältliches, standardisiertes, diagnostisches Interview (DIVA2.0: [www.divacenter.eu](http://www.divacenter.eu)) zur Abklärung eines Kindheits- und Erwachsenen-ADHS durchgeführt. Falls sich ein ADHS-Verdacht aus diesem Interview ergab, wurden die Patienten durch einen auswärtigen Psychiater und ADHS-Experten (Dr. Luderer, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim) erneut exploriert. Bei weiter bestehendem ADHS-Verdacht durch den ersten Experten erfolgte ein weiteres diagnostisches Interview durch einen Psychiater der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim. Eine ADHS-Diagnose wurde somit nur dann bei alkoholabhängigen Patienten gestellt, wenn sie erstens die drei diagnostischen Abklärungsschritte komplett durchlaufen hatten und zweitens Konsens bezüglich der ADHS-Diagnose zwischen den beiden ADHS-Experten bestand. Im Rahmen dieses mehrwöchigen diagnostischen Abklärungsprozesses war es zudem möglich, zusätzliche externe Informationen durch die Klinikmitarbeiter zu gewinnen und die ADHS-Fragebögen auszuwerten. Diese sehr konservative, diagnostische Herangehensweise sollte gewährleisten, dass Patienten keine falsch-positive ADHS-Diagnose erhielten. Insofern halten wir es für unwahrscheinlich, dass in dieser Studie die Prävalenz eines Erwachsenen-ADHS überschätzt werden konnte.

Von den 624 neu aufgenommenen, alkoholabhängigen Patienten konnten zwischen 1-11/2016 488 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Von diesen durchliefen 415 Patienten das Studienprotokoll wie vorgesehen. Nur diese wurden in die Auswertung mit einbezogen (per protocol Analyse). Bei 85 dieser Patienten (20,5%) konnte ein ADHS diagnostiziert werden. Nur bei 5 (5,9 %) dieser 85 Patienten war die Diagnose vor Aufnahme bekannt gewesen, sodass die Erwachsenen-ADHS - zumindest bei alkoholabhängigen Patienten in der Sucht-Reha - deutlich unterdiagnostiziert ist.

Die alkoholabhängigen ADHS-Patienten waren in vielen Bereichen schwerer beeinträchtigt als die Vergleichsgruppe ohne ADHS. Alkoholabhängige ADHS-Patienten erkrankten signifikant früher an einer Alkohol- und Tabakabhängigkeit, wiesen eine signifikant größere Schwere ihrer Alkoholabhängigkeit auf, litten signifikant häufiger an einer zusätzlichen Drogenabhängigkeit und wurden signifikant häufiger rückfällig während der Therapie (siehe dazu auch Luderer et al. 2018: Table 3). Obwohl die alkoholabhängigen ADHS-Patienten im Durchschnitt 8 Jahre jünger bei Aufnahme waren, waren sie signifikant häufiger arbeitslos (>50 %) und zu einem Drittel im ALG-II-Bezug, also langzeitarbeitslos, was die Schwere der sozialen Beeinträchtigung gut illustriert.

Somit zeigte diese große ADHS-Prävalenzstudie bei alkoholabhängigen Patienten in der Entwöhnung eine sehr hohe ADHS-Prävalenzrate, wobei die Mehrzahl der ADHS-Diagnosen zuvor nicht bekannt war und somit Erstdiagnosen darstellten. Die ADHS-Patienten waren in allen untersuchten Parametern deutlich schwerer beeinträchtigt als die Kontrollgruppe.

Die hohen ADHS-Prävalenzraten bei unseren alkoholabhängigen Patienten machen es notwendig, eine leitliniengerechte, gleichzeitige, psychotherapeutisch-medikamentöse ADHS-Behandlung in der Sucht-Reha zu etablieren.

Zunächst gilt es jedoch die große Zahl an Betroffenen mit bisher nicht entdecktem Erwachsenen-ADHS, verlässlich nach Aufnahme zu identifizieren. Diagnostisch konnte allerdings das während der Studie vorgehaltene, aufwendige Prozedere zur ADHS-Abklärung nicht im Routinebetrieb unserer Klinik aufrecht erhalten werden, da der Personal- und Zeitaufwand einfach zu groß ist. Eine Möglichkeit, den Zeitaufwand zu reduzieren, wäre ein ADHS-Screening aller Neuaufnahmen mit ADHS-Selbstbeurteilungsfragebögen, um nur noch Patienten weiter diagnostisch abklären zu müssen, deren Fragebogen-Screening ein ADHS nahelegt. Dies setzt aber voraus, dass die psychometrischen Eigenschaften der eingesetzten Fragebögen ausreichend sind, d. h. dass ein Screening die meisten ADHS-Patienten richtig-positiv erkennt, um möglichst wenige ADHS-Betroffene zu übersehen, aber Patienten ohne ADHS auch richtig-negativ erkannt werden, damit nicht eine große Anzahl an Patienten eine weitere überflüssige, aber zeit- und personalintensive Abklärung durchläuft.

Mithilfe der in der Studie untersuchten ADHS-Selbstbeurteilungsfragebögen konnten wir diese Fragestellung untersuchen. Der ASRS und CAARS-S-SB konnten als geeignete Instrumente identifiziert werden, um – je nach angewendetem cut-off – mit ausreichender Sensitivität und Spezifität ein ADHS bzw. kein ADHS richtig zu erkennen

(eine vollständige Beschreibung der psychometrischen Eigenschaften der ADHS-Fragebögen findet sich in Luderer et al. 2019).

In der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim haben wir aufgrund dieser Ergebnisse aktuell folgendes diagnostische Prozedere für alle Neuaufnahmen unabhängig von der Art der Abhängigkeitsdiagnose etabliert, wobei sich die diagnostische Abklärung laufend weiterentwickelt, wenn neue Erkenntnisse vorliegen.

In den ersten zwei Wochen nach Aufnahme nehmen alle neu aufgenommenen Patienten an einem 30-minütigen Vortrag über das Erwachsenen-ADHS teil, in dem die ADHS-Symptomatik, die Zusammenhänge mit der Suchterkrankung und unsere ADHS-Diagnostik und Behandlung dargestellt wird. Patienten können sich nach dem Vortrag direkt für eine ADHS-Diagnostik vormerken lassen. Zudem werden alle Patienten nach dem Vortrag einbestellt, um den ASRS-Selbstbeurteilungsbogen auszufüllen. Patienten mit auffälligem ASRS werden in einem mehrstufigen Vorgehen abgeklärt: 1. weitere Selbstbeurteilungsbögen (WURS-K, ADHS-SB, CAARS-S-SB, KATE), 2. Fremdbeurteilungsbögen (Zeugnisse, Elternbeurteilungsbogen, ADHS-DC, CAARS-S-FB), 3. Rückmeldung aus der Verhaltensbeobachtung durch den zuständigen Psychotherapeuten. Ergeben sich daraus weiterhin Verdachtsmomente auf eine ADHS, erfolgt ein standardisiertes, diagnostisches ADHS-Interview durch einen Psychotherapeuten und/oder den zuständigen Psychiater.

Falls die Diagnose einer Erwachsenen-ADHS gestellt wird, erfolgt zunächst ein Beratungsgespräch durch den behandelnden Psychiater, der über die Behandlungsoptionen im Allgemeinen und der Klinik im Speziellen aufklärt. Dem ADHS-Betroffenen wird in Abhängigkeit von der Schwere der psychosozialen Beeinträchtigungen und des Leidensdrucks empfohlen, an der ADHS-Gruppenpsychotherapie teilzunehmen und ein Medikament einzunehmen.

Medikamentös werden hauptsächlich die zugelassenen Erwachsenen-ADHS Medikamente Ritalin adult®, Medikinet adult® und Strattera® eingesetzt, bei Kontraindikationen oder komorbider depressiver Störung selten auch Elontril® als off-label Medikation. Bei Patienten mit Drogenabhängigkeit, Kontakten zur Drogenszene, kriminellen Delikten wie Dealen und dissozialer Persönlichkeitsstruktur wird die Indikation für das BtM-pflichtige Methylphenidat besonders kritisch gestellt und primär mit Strattera® oder Elontril® behandelt. Jedoch ist der Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Drogen keine generelle Kontraindikation für Methylphenidat. Die medikamentöse Einstellung erfolgt im Rahmen von wöchentlichen Einzelterminen bei dem behandelnden Psychiater. Durch die mittlerweile gute Vernetzung mit niedergelassenen Psychiatern mit ADHS-Expertise können wir den meisten

ADHS-Betroffenen schon während der stationären Behandlung eine direkte ambulante Weiterbehandlung vermitteln.

Die ADHS-Indikativgruppe findet als wöchentliche, 75-minütige, offene Gruppentherapie statt, sodass ADHS-Betroffene sofort und während der gesamten Behandlungsdauer an dieser teilnehmen können. Diese Gruppe ist ein wichtiger Bestandteil der ADHS-Therapie und beinhaltet Krankheitsaufklärung (ADHS-Symptomatik, biographische Einordnung der Erkrankung und daraus resultierender Defizite, Zusammenhang mit dem Substanzkonsum und anderen psychischen Erkrankungen), Aufklärung über Behandlungsoptionen und natürlich Strategien zum verbesserten Selbstmanagement, wobei zentrale Elemente das Verständnis für und den erfolgreicherer Umgang mit Impulsivität, Reizbarkeit, Affektlabilität und Desorganisation betreffen.

Aktuell erfolgt für den Zeitraum von 2016-2018 eine Datenauswertung der 250 ADHS-Betroffenen hinsichtlich ADHS-Symptomreduktion unter medikamentös-psychotherapeutischer Behandlung, Substanzabstinenz, Lebensqualität und beruflicher Reintegration. Der bisherige Eindruck aus den individuellen Therapieverläufen stimmt uns aber optimistisch, dass die gemeinsame Behandlung von Sucht und ADHS bei der Mehrzahl der Patienten zu einer Verbesserung des psychischen Leidens beider Erkrankungen führt.

**AUTOR | PD Dr. med. Tillmann Weber**

Kontaktadresse:

MEDIAN Klinik Wilhelmsheim,  
Wilhelmsheim 11, 71570 Oppenweiler

## Zehn Argumente für eine Mitgliedschaft im ADHS Deutschland e. V.

- Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V. – denn nur wer mitmacht, kann mitreden!
- ADHS – Auf Deine Hilfe Setzen wir! Werden Sie Mitglied!
- ADHS Deutschland e.V. braucht Ihre Hilfe, weil andere unsere Hilfe brauchen! Werden Sie Mitglied!
- Kanalisieren Sie Ihre Hyperaktivität – machen Sie bei uns mit: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V.!
- Haben Sie nicht etwas vergessen? Mit Ihrer Mitgliedschaft im ADHS Deutschland e.V. helfen Sie mit, an die Betroffenen zu denken!
- Aufgepasst: Die ADHS verdient Ihre Aufmerksamkeit – und ADHS Deutschland e.V. Ihre Mitgliedschaft!
- Geben Sie Ihrem Impuls nach: Werden Sie Mitglied im ADHS Deutschland e.V.
- Leiden Sie an einem Aufmerksamkeitsdefizit? ADHS Deutschland e.V. schenkt seinen Mitgliedern die ganze Aufmerksamkeit. Werden Sie Mitglied!
- Je mehr Mitglieder wir haben, desto mehr politisches Gewicht können wir für die Betroffenen einsetzen. Werden Sie Mitglied!
- Sind Sie schon Mitglied im ADHS Deutschland e.V.? Wenn Sie es nicht wissen, sollten Sie eintreten! Dann wissen Sie alles!

**ADHS  
DEUTSCHLAND e.V.**  
**Selbsthilfe für Menschen mit ADHS**