



UNIVERSITÄT  
DES  
SAARLANDES



# Leitliniengerechte Diagnose und Therapie der ADHS bei Erwachsenen

**Michael Rösler**

Neurozentrum, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg



UNIVERSITÄT  
DES  
SAARLANDES

## Disclosure 2014

---

**Elsevier**

**Autor, Herausgeber**

**Hogrefe**

**Autor, Herausgeber**

**Kohlhammer**

**Autor, Herausgeber**

**Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft**

**Autor, Herausgeber**

**Fachgesellschaften:**

**DGPPN, AMDP, DBP**

**Medice**

**Advisory Board, Redner,  
Sponsor**

**Lilly**

**Advisory Board**

**Shire**

**Advisory Board**

**Vifor**

**Studiensponsor**

**BMBF**

**Forschungsförderung**



## DGPPN Leitlinien 2003 - Nervenarzt

- **Experten Leitlinie – 17 Personen**
- **Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C et al.**
- **Erste Leitlinie zur adulten ADHS weltweit**
- **Diagnose**
- **Therapie**



## DGPPN Expertenleitlinien 2003 - Diagnostik

- **ADHS ist eine klinische Diagnose – Empfehlung ICD-10 – DSM-IV – Utah Kriterien**
- **Datenerhebung mit Interview und Fragebögen (WURS, Conners Skalen, Brown Skala)**
- **Testpsychologie nicht obligat aber u. U. hilfreich**
- **Kriterien für ADHS in der Kindheit müssen erfüllt sein**
- **Komplette psychiatrische Untersuchung mit Entwicklungsanamnese der Symptomatik + Komorbidität**
- **Ausschluss organischer psychischer Störungen**



## DGPPN Expertenleitlinien 2003 - Behandlung

- **Studiengrundlage Medline Publikationen 1985 – 2002 und Cochrane Metaanalysen**
- **Behandlungsindikation: ausgeprägte Störungen in einem Lebensbereich oder leichte Störungen in mehreren Lebensbereichen oder krankheitswertige psychische Symptome durch ADHS (Evidenzgrad IV – Empfehlungsstärke D)**
- **Behandlungsoptionen: PHARMA und PT**
- **PHARMA**
  - **1. Wahl Stimulanzen (Evidenz 1 B Empfehlung A)**
  - **2. Wahl oder nicht empfehlenswert TAD mit noradrenergem Wirkmechanismus, ATX, Bupropion, Phenylalanin, Nikotin Pflaster, Nikotinrezeptor Agonisten (Evidenz IC, Estärke D**



## DGPPN Expertenleitlinien 2003 – Behandlung PT

- Es sind bis Leitliniendefinition keine RC Studien zu adulter ADHS publiziert worden
- Psychotherapie
  - ADHS störungsspezifische PT (Evidenz III, EStärke D), kein spezielles Verfahren benannt
  - Pharmakotherapie und Psychotherapie sollten kombiniert werden (Evidenz IV, EStärke D) obwohl es keine Studien gibt, die eine Überlegenheit der KombiT vs MonoT nachgewiesen haben
  - Monotherapien sollten begründet werden



## DGPPN Expertenleitlinien 2003 – Therapiedauer und -Beendigung

- **Es gibt keine Daten zu den Effekten einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Langzeittherapie**
- **Eine Therapie sollte bis zum Eintritt einer Besserung auf mehreren Ebenen durchgeführt und beibehalten werden**
- **Die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie kann durch Absetzversuche überprüft werden**
- **Die Notwendigkeit einer Psychotherapie kann durch veränderte Therapieintervalle geprüft werden**



## NICE Guidelines 2009/2013 Fallidentifikation

- Erwachsene mit ADHS Psychopathologie ohne kindliche ADHS Diagnose sollten von einem Psycho-Spezialisten für ADHS auf folgende Gesichtspunkte untersucht werden
  - Beginn in der Kindheit mit nachfolgender Persistenz
  - Nicht erklärbar durch andere Erkrankungen
  - Psychologische und funktionelle Einschränkungen in verschiedenen Bereichen
- Erwachsene die als Kinder oder Jugendlichen wegen ADHS behandelt wurden, sollten in der allgemeinen Psychiatrie vorgestellt und beurteilt werden. Die Psychopathologie sollte mit erheblichen psychologischen und funktionellen Einschränkungen verbunden sein





## NICE Guidelines 2009/2013 ADHS Diagnose

- Die Diagnose sollte von einem ADHS Spezialisten gestellt werden (keine psychiatrische Exklusivität)
  - vollständige klinische Untersuchung
  - vollständige Anamnese
  - Fremdanamnese
- Keine ADHS Diagnose nur durch Rating Skalen oder Beobachtungsdaten
- ICD-10 oder DSM-IV Kriterien, Pervasivität und Funktionalität



## NICE Guidelines 2009/2013 Behandlung 1

- Die medikamentöse Therapie ist erste Wahl es sei denn der Patient wünscht eine psychologische Behandlung
- Medikation sollte nur durch einen Psychiater, eine speziell ausgebildete Krankenschwester oder einen Arztverschrieben werden, der spezielle Erfahrungen mit ADHS besitzt
- Bevor Behandlungsbeginn sind erforderlich
  - Komplette Untersuchung                      komplette Anamnese
  - Synkopen – Atemprobleme - kardiovaskuläre Symptome
  - Vitalparameter – Gewicht – Familienanamnese Herzkrankh.
  - EKG bei positiver Herzanamnese oder plötzlicher Herztod
  - Risikoabklärung SUD und Drug Diversion



## NICE Guidelines 2009/2013 Behandlung 2

- Die pharmakologische Behandlung sollte Teil eines umfassenden Behandlungsprogrammes sein
- MPH sollte zuerst eingesetzt werden
- ATX oder D-AMP sollte erwogen werden wenn eine mindestens 6-wöchige MPH Behandlung nicht erfolgreich ist – bei D- besonders auf das Missbrauchsrisiko achten.
- unerwünschte Nebenwirkungen beachten
  - bei ATX Agitation, Irritabilität, Suizidgedanken, Selbstverletzungen, Verhaltensänderungen, potentielle Leberschädigung, bei Personen unter 30 Jahre spezielle Warnung geben



## NICE Guidelines 2009/2013 Behandlung 3

- Wenn trotz Medikation funktionelle Störungen fortbestehen oder pharmakologische Nonresponse vorliegt wird CBT vorwiegend als kostengünstige Gruppenbehandlung empfohlen
- CBT wird empfohlen
  - Wenn der Patient dies will
  - wenn kein ausreichender Erfolg durch Medikation
  - wenn die ADHS Diagnose nicht akzeptiert wird
  - wenn residuale funktionelle Störungen behandelt werden
- Wenn Sorgen hinsichtlich Missbrauch und Diversion bestehen kommt auch ATX als Medikation der ersten Wahl in Betracht
- Bei Personen mit Missbrauchsrisiko sollte die Verschreibung durch eine Person mit Expertise in ADHS und SUD erfolgen
- Antipsychotika werden nicht empfohlen



## NICE Guidelines 2009/2013 Pharmakologische Behandlungsprinzipien

- Die Verschreiber sollten die pharmakologischen Profile aller Präparate kennen
- Die Verschreiber sollte die Vorgaben der Verschreibungseinschränkungen (BTMG) kennen
- Die Dosis sollte solange gesteigert werden bis kein Zuwachs an Erfolg mehr eintritt und die Nebenwirkungen tolerabel sind
- Titration, Dosisstabilisierung, Verschreibung und Monitoring sollten gemeinsam mit der Allgemeinmedizin (primary care) abgestimmt werden
- Nebenwirkungen sorgfältig überwachen und dokumentieren
- Bei störenden NW sollte eine Dosisreduktion erwogen werden
- Die Titration sollte bei Personen mit Tics und Anfällen deeskaliert werden



## NICE Guidelines 2009/2013 Titration MPH – ATX - DAMP

- Die Anfangsdosis sollte über einen Zeitraum von 4 – 6 Wochen titriert werden
- Während der Tritrationsphase sollten bei jeder Dosisänderung Symptome und Nebenwirkungen registriert und diskutiert werden
- MPH sollte mit niedrigen Dosen begonnen werden (z.B. 3 x 5mg/ die MPH IR)
- Maximale MPH Dosis pro Tag: 100mg
- ER Präparate nicht öfter als 2x pro Tag verabreichen – IR Präparate können bis zu 4x pro Tag gegeben werden
- ER Präparate verschreiben wenn Bedenken wegen Missbrauch und um die Adhärenz zu steigern



## NICE Guidelines 2009/2013 Titration ATX

- Bei Personen bis 70 kg Gewicht initiale Tagesdosis 0.5 mg/kg/KG, nach 7 Tagen auf 1.2 mg/kg/KG steigern
- Bei Personen über 70 kg Gewicht initiale Tagesdosis 40 mg, nach 7 Tagen auf Erhaltungsdosis 100 mg
- Die übliche Erhaltungsdosis ist 80 oder 100 mg
- 6 Wochen Behandlung unter der Erhaltungsdosis ist erforderlich um die volle Wirkung zu beurteilen



## NICE Guidelines Therapie DAMP

---

- **Initialdosis 2 x 5 mg/d**
- **Titration über 4 – 6 Wochen unter Beachtung der Symptome + Nebenwirkungen**
- **Die Behandlung sollte in geteilten Dosen verabreicht werden**
- **Tägliche Maximaldosis 60 mg**
- **Die Tagesdosis sollte auf 2 bis 3 Portionen verteilt werden**





## NICE Guidelines Therapie Unerwünschte Begleitwirkungen

- Die Behandler sollten bei der Überwachung des Behandlungsverlaufes Rating Skalen für Symptome und Nebenwirkungen parallel zu der klinischen Untersuchung verwenden
- Personen die MPH DAMP oder ATX erhalten, sollten hinsichtlich ihres Gewichtes überwacht werden
- Bei Gewichtsabnahme sollte der BMI überwacht und bei persistierendem Gewichtsverlust ein Wechsel der Medikation erwogen werden
- Umgang mit reduziertem Gewicht
  - Medikation mit dem Essen oder danach
  - Essensaufnahme früh morgens oder spät abends
  - Ernährungsberatung
  - Hochkalorische Kost bevorzugen



## NICE Guidelines Therapie Unerwünschte Begleitwirkungen

- Vitalparameter kontrollieren bei Dosisänderung und alle 3 Monate
- Keine EKG- oder Laborkontrolle ohne klinische Indikation
- Keine Routine Leber Testung
- Bei ATX Überwachung der sexuellen Funktionen und Dysmenorrhoe
- Bei MPH DAMP und ATX mit Ruhetachykardie, Arrhythmie und erhöhtem systolischem RR Dosisreduktion und Überweisung Facharzt
- Bei psychotischen Symptomen unter MPH oder DAMP Medikation absetzen und komplette psychiatrische Untersuchung. ATX als Alternative



## NICE Guidelines Therapie Unerwünschte Begleitwirkungen

---

- Bei MPH oder DAMP induzierten Tics Dosisreduktion Absetzen oder ATX
- bei Angstsymptomatik einschließlich Panikattacken kann die MPH Dosis reduziert oder zusätzlich ein Antidepressivum gegeben werden. Auch kann ATX hilfreich sein



## NICE Guidelines Therapie Adhärenz

- **Partner, Eltern oder enge Freunde sollten mit dem Einverständnis des Patienten hinsichtlich der Medikation informiert werden.**
- **Klare und präzise schriftliche Info bezüglich Dosis, Behandlungsdauer, Nebenwirkungen und Überwachung**
- **Einfache Verabreichungsschemata bevorzugen**



## NICE Guidelines Therapie Behandlungsdauer

- Bei einem adäquaten Behandlungsergebnis sollte die Behandlung so lange fortgeführt werden, wie sie klinisch effektiv ist
- Es sollten jährliche Überprüfungen stattfinden
- Ausgelassene Dosen, geplante Dosisreduktionen und evtl.
- Zeiten ohne Medikation sollten erwogen werden



## NICE Guidelines Therapie Forschungsbedarf

- Prävalenz der ADHS Syndrome bei Erwachsenen
- Welche Symptomcluster sind vorhanden
- Welche Beziehungen bestehen zu anderen psychischen Stör.
- Beziehung Psychopathologie - Neuropsychologie – Funktionalität
- Beendigung der Medikation
- Effektivität nicht-medikamentöser Therapie



# NICE Guidelines Zusammenfassung

- **Formal**
  - Die Leitlinien wurden immer umfangreicher
  - Teilweise ganz präzise Handlungsanweisungen
  - Breiter Bezug zu Metaanalysen und umfangreiche RCT
  
- **Inhaltlich**
  - DSM-IV/5 ist das führende Diagnosesystem
  - Ratingskalen werden favorisiert
  - MPH ist die Therapie der ersten Wahl
  - Verhaltenstherapie steht an erster Stelle der Psychotherapie
  - Detaillierte Titrationsvorschriften
  - Arzneimittelsicherheit hat hohen Stellenwert



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit**