

Thesenpapier

Erwachsene Patient:innen mit ADHS: 10 Thesen für eine bessere Versorgung

Mai 2021

Autor:innen: *Roberto D'Amelio (UK Saarland), Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim), Dr. Myriam Bea (ADHS Deutschland), Prof. Dr. Hanna Christiansen (Uni Marburg), Prof. Dr. Christian Mette (EVH-Bochum RWL/Uni Duisburg-Essen), Dr. Roy Murphy (Schön Klinik), Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz (Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie in München und Aschaffenburg), Dr. Klaus-Ulrich Oehler (Psychiater und Neurologe in Würzburg), Prof. Dr. Alexandra Philipsen (UK Bonn), André Pluskwa, Prof. Dr. Oliver Pogarell (LMU München), Prof. Dr. Andreas Reif (UK Frankfurt), Dr. Andreas Reimann (admedicum Business for Patients), Marina Rempel (admedicum Business for Patients), Prof. Dr. Sören Schmidt (HS Fresenius), PD Dr. Daniel Schöttle (UKE), Aileen Singhof (admedicum Business for Patients)*

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Zielstellung.....	2
2. Prävalenz der ADHS	2
3. Diagnostik und Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter	3
4. Krankheitslast der Patient:innen	3
5. Gesellschaftliche Auswirkungen der ADHS.....	3
6. Gesundheitsökonomische Auswirkungen	4
7. Probleme in der Versorgung von erwachsenen Patient:innen mit ADHS	4
8. Handlungsempfehlungen	7
9. Schlussfolgerungen.....	10
10. Übersicht über die 10 Thesen für eine bessere Versorgung von erwachsenen Patient:innen mit ADHS.....	12
11. Literatur	13

1. Hintergrund und Zielstellung

Die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (kurz: ADHS) ist eine psychische Störung¹, zu deren Kernsymptomatik Unaufmerksamkeit und/ oder Hyperaktivität und Impulsivität zählen. Die Beeinträchtigungen durch die Störung können alle Lebensbereiche betreffen und mit einem hohen Leidensdruck sowie weitreichenden Folgen einhergehen. Die Tatsache, dass ADHS nicht nur das Kindheits- und Jugendalter betrifft, sondern auch bis ins Erwachsenenalter fortbestehen kann, hat erst in den letzten Jahren Beachtung gefunden [1]. Fehlendes Bewusstsein für die adulte Form der ADHS, Probleme in der Struktur und Qualität der Versorgung sowie ein Mangel an Ressourcen führen dazu, dass Patient:innen weiterhin häufig nicht diagnostiziert werden und keine adäquate Behandlung erhalten. Das hat nicht nur massive Folgen für Patient:innen selbst, sondern auch für das Gesundheitssystem.

Dieses Thesenpapier wurde gemeinsam mit führenden Expert:innen aus Medizin, Psychologie sowie der Patient:innenvertretung erstellt, um über die problematische Versorgungssituation von erwachsenen Patient:innen mit ADHS in Deutschland aufzuklären und mögliche Lösungs- und Handlungsempfehlungen für eine optimierte Versorgung aufzuzeigen.

2. Prävalenz der ADHS

Die Prävalenz von ADHS bei Kindern und Jugendlichen wird weltweit auf etwa 5 % geschätzt [2]. Bei ca. 50 bis 80 % der Erkrankten persistiert die Symptomatik zumindest teilweise ins Erwachsenenalter [3]. Obwohl ADHS im Erwachsenenalter in den letzten Jahren vermehrt diagnostiziert wird, weisen Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) weiterhin auf eine deutliche Unterschätzung der Prävalenz im Erwachsenenalter hin [1]. Basierend auf diesen Daten ist die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen zwischen 2009 und 2014 in Deutschland bei den 18- bis 69-Jährigen von 0,2 % auf 0,4 % gestiegen. Ein Anstieg in der Diagnosehäufigkeit von ADHS bei Erwachsenen wurde auch in einer weiteren deutschen Studie [4] sowie in verschiedenen internationalen Publikationen festgestellt [6] [7] [8].

Diese Zunahme der Diagnosen lässt zum einen auf eine Tendenz hin zur besseren Sensibilisierung der diagnostizierenden Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen in Bezug auf die Störung schließen. Zudem kann sie auch darin begründet sein, dass Methylphenidat in 2011 zur Anwendung bei Erwachsenen zugelassen wurde. Eine deutliche Unterschätzung der Prävalenz im Erwachsenenalter ist wahrscheinlich weiterhin vorhanden.

Ein deutlicher Abfall der Diagnosehäufigkeiten ist vor allem im Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter (Transition) zu beobachten. Bei etwa 70 % der im Kindesalter diagnostizierten Patient:innen wird die Diagnose im Alter von 15 bis 21 Jahren nicht mehr gestellt [3]. Dies lässt sich nicht nur mit einer Milderung der Symptomatik begründen, sondern deutet darauf hin, dass die Versorgung insbesondere während der Transitionsphase nicht ausreichend ist und dringend verbessert werden muss [3].

These 1: Erwachsene mit ADHS werden in Deutschland zu spät und unvollständig diagnostiziert und deshalb auch nicht ausreichend behandelt.

¹ In diesem Thesenpapier wird der Einheitlichkeit halber, angelehnt an ICD-10/-11 und DSM-5, durchgängig der Begriff „psychische Störung“ verwendet.

3. Diagnostik und Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter

Der Beginn der ADHS liegt vor dem 12. Lebensjahr [9]. Um die Diagnose ADHS stellen zu können, müssen die jeweiligen Kriterien aus dem ICD-10 (bzw. DSM-5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) erfüllt sein. Dabei müssen die Beeinträchtigungen mindestens moderat sein und über wenigstens 6 Monate in mehr als einem Lebensbereich vorliegen. Für die Diagnosestellung wird eine umfassende, strukturierte Exploration der aktuellen und retrospektiven Symptomatik der Patient:innen empfohlen [10].

Welche Behandlungsformen für Patient:innen in Frage kommen, hängt von dem Schweregrad der Störung und den individuellen Beeinträchtigungen ab. Neben Psychoedukation und pharmakologischen Behandlungsoptionen können auch psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen in Frage kommen [10].

Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung der ADHS bei Erwachsenen werden in der S3 AWMF-Leitlinie beschrieben [10].

These 2: Alle Altersgruppen bedürfen einer leitliniengerechten und qualitätsgesicherten Versorgung.

4. Krankheitslast der Patient:innen

ADHS kann mit schweren funktionellen und psychosozialen Beeinträchtigungen einhergehen und ist ein Risikofaktor für die Entstehung weiterer psychischer Störungen [11].

Erwachsene Patient:innen mit der Diagnose ADHS leiden häufiger an komorbiden psychischen Störungen wie affektiven Störungen (z.B. Depressionen oder bipolaren Störungen), Angststörungen sowie Suchtstörungen – das zeigten bereits zahlreiche Studien [12]. Auch somatische Störungen wie Adipositas, Schlafstörungen und Migräne sind häufiger bei Patient:innen mit ADHS zu finden [13]. ADHS ist zudem mit einem erhöhten Suizidrisiko [14] und mit einer signifikant früheren Sterblichkeitsrate [15] verbunden, welche zum einen durch die Folgen von komorbiden Störungen und zum anderen durch Todesfälle unnatürlicher Ursache, insbesondere Unfälle [16], zustande kommt.

5. Gesellschaftliche Auswirkungen der ADHS

Neben den gesundheitlichen Belastungen geht ADHS auch mit enormen sozioökonomischen Nachteilen einher. Patient:innen bleiben oft hinter ihren kognitiven Möglichkeiten, leiden unter Lernschwierigkeiten und weisen ein niedrigeres Bildungsniveau auf [17]. Dies bedingt u.a. auch die eingeschränkten beruflichen Möglichkeiten, häufigere Berufswechsel, längere Arbeitsloskeitszeiten sowie ein geringeres Einkommen [18]. Patient:innen haben zudem teilweise massive Probleme im Bereich der sozialen Beziehungen und Partnerschaften. Auch wird mit ADHS eine höhere Kriminalitätsrate, vor allem bei Patient:innen mit komorbider Substanzabhängigkeit, assoziiert [19].

6. Gesundheitsökonomische Auswirkungen

In einer Routinedatenanalyse einer Krankenkasse in Deutschland [4] wurden die durch Patient:innen mit ADHS verursachten Gesundheitskosten in den Jahren 2009 bis 2014 untersucht. Dabei wurde eine deutliche gesundheitsökonomische Kostenbelastung festgestellt.

So verursachten Patient:innen mit ADHS über alle Altersgruppen jährlich etwa 1.500 € höhere Kosten als vergleichbare Patient:innen ohne ADHS: Für Patient:innen zwischen 18 und 30 Jahren lag die Kostendifferenz zu Patient:innen ohne ADHS-Störung bei 1.300 € jährlich, bei Patient:innen ab 31 Jahren sogar bei 2.200 € pro Jahr. Zu den wichtigsten Kostentreibern zählten ambulante und stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen. Die zusätzlichen Kosten für komorbide Störungen, wie affektive und Angststörungen, Substanzabhängigkeit und Adipositas lagen in allen Altersgruppen sogar bei etwa 1.400 € bis 2.700 €. Aufgrund der Dunkelziffer der nicht- oder falschdiagnostizierten Patient:innen liegt der Ressourcenverbrauch zu Lasten der GKV vermutlich deutlich höher.

Somit führt die ADHS neben der erheblichen Krankheitslast auch zu einer erheblichen ökonomischen Belastung für die GKV.

These 3: Die falsch oder nicht behandelte ADHS bei Erwachsenen führt zu einer erheblichen Belastung der Betroffenen. Sie ist darüber hinaus eine gesellschaftliche Herausforderung und verursacht gesundheitsökonomische Kosten.

7. Probleme in der Versorgung von erwachsenen Patient:innen mit ADHS

Die Diagnose ADHS bei Erwachsenen wird häufig erst spät gestellt – darauf deutet die Erfahrung aus der Praxis von Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen und der Patientenvertretung deutlich hin [20]. Dies hat zur Folge, dass eine angemessene Behandlung in der Regel nur schwer erfolgen kann. Erwachsene Patient:innen mit ADHS haben dadurch oft einen langen Leidensweg hinter sich. Neben Problemen der Struktur- und Prozessqualität der Versorgung sind auch ein Mangel an Ressourcen und fehlendes Bewusstsein für die Störung Gründe für eine späte Diagnosestellung.

a) Probleme der Strukturqualität

Mangel an Spezialist:innen und fehlende Barrierefreiheit des Zugangs zu Diagnostik- und Behandlungsangeboten

Patient:innen in Deutschland, die aufgrund psychischer Leiden Psychotherapeut:innen oder Psychiater:innen für einen Ersttermin aufsuchen möchten, müssen meist monatelang auf diesen warten [21] [22]. Dass es im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich zu wenig Personal gibt, und dass es je nach Region besonders lange mit der Terminvergabe dauern kann, ist allgemein bekannt [21]. Es gibt nur sehr wenige niederschwellige Angebote oder Anlaufstellen, bei denen Patient:innen kurzfristig Unterstützung erhalten können. An Online- oder Gruppenangeboten, die mehr Patient:innen einen schnelleren Zugang zur

Diagnostik oder Behandlung ermöglichen könnten, mangelt es in Deutschland weiterhin. Auch müssen Patient:innen häufig lange Anfahrtswege in Anspruch nehmen, um die Behandler:innen zu erreichen.

b) Probleme der Prozessqualität

Mangelndes Wissen/ Aufmerksamkeit bei Fachexpert:innen

Bei Fachexpert:innen gibt es weiterhin Schwierigkeiten in Hinblick auf das Erkennen und Einordnen von Symptomen sowie Behandlungsmöglichkeiten von ADHS. Das kann zum einen daran liegen, dass ADHS im Erwachsenenalter erst in den letzten Jahrzehnten an Beachtung gefunden hat. Auch waren bis zur fünften überarbeiteten Version des DSM erwachsenenspezifische Diagnosekriterien nicht vorhanden, was die Einordnung der Symptomatik erschwerte [3]. Auch sind im gegenwärtigen ICD-10 keine erwachsenenspezifischen Kriterien aufgeführt. Durch die komorbiden Störungen werden Symptome zudem häufiger übersehen oder anderen Störungen zugeschrieben. Zudem wird es laut einiger Expert:innen in der Aus- und Weiterbildung von Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen z.T. immer noch zu wenig thematisiert.

Neben den fachlichen Lücken sind z.T. falsche Annahmen über die Störung verbreitet. Es gibt immer noch Behandler:innen, die die Störung in Frage stellen oder sie nicht als behandlungswürdig einstufen und damit nicht ernst nehmen. Es gibt auch Beobachtungen von Patient:innen, dass Behandler:innen Patient:innen z.T. ungern versorgen, da sie diese fälschlicherweise als „anstrengend“ einordnen und die positiven Seiten der ADHS, wie die Energie und Kreativität der Patient:innen nicht wahrnehmen. Dabei ist ADHS effektiv therapierbar, was für die Betroffenen eine schnelle und merkbare Entlastung darstellt.

Mangelndes Wissen/ Aufmerksamkeit bei Hausärzt:innen

Wichtige Ansprechpartner:innen von Patient:innen sind Hausärzt:innen, die Patient:innen oft jahrelang versorgen. Wie beim Fachpersonal gibt es jedoch auch dort Lücken in Hinblick auf das Erkennen und Einordnen von Symptomen von ADHS. Die Gründe dafür sind ähnlich: ADHS im Erwachsenenalter wird laut Expert:innen in der Ausbildung aber auch im Fortbildungsangebot oftmals vernachlässigt und es herrschen auch in Ärzt:innenkreisen weiterhin falsche Annahmen über die Störung. Wissen sie über das Krankheitsbild Bescheid, können sie schneller und richtig überweisen und auch langfristig eine wichtigere Rolle in der Versorgung einnehmen.

Mangelnde Kooperation zwischen den einzelnen Versorger:innen

Zusätzlich mangelt es an einer Vernetzung der Versorger:innen. Die Versorgung von Patient:innen mit psychischen Störungen, wie Patient:innen mit ADHS, sollte interdisziplinär und interprofessionell erfolgen: Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Hausärzt:innen, Pädiater:innen, Sozialarbeiter:innen und andere Behandler:innen sind oft parallel an der Behandlung beteiligt. Eine Ursache für die unzureichende Kooperation liegt sicherlich im Mangel an Ressourcen begründet: Die Behandler:innen haben oft nur wenig Zeit für Patient:innen und möchten diese effektiv nutzen. Ein zusätzlicher Austausch mit anderen Versorger:innen wird nicht vergütet. Wie bei anderen psychischen Störungen auch, könnte eine bedarfsorientierte, vernetzte Versorgung jedoch maßgeblich dazu beitragen, die

Patient:innen besser zu versorgen. Auch könnten dadurch Kosten minimiert werden, da unnötige oder nicht indizierte Behandlungsoptionen vermieden werden.

Unzureichender Übergang von der kinderärztlichen in die Erwachsenenversorgung (Transition)

Der Übergang von der Jugend- zur Erwachsenenversorgung geht oft mit erheblichen Behandlungsverzögerungen und Therapieabbrüchen einher [3]. Das bringt zum Ausdruck, dass die Transitionskonzepte in diesem Bereich noch deutlich lückenhaft sind. Gründe dafür sind die mangelnde Strukturiertheit der Transition, die unzureichende Kommunikation zwischen den Versorger:innen und auch die unklare Vergütungsstruktur der Kooperation [23]. Der Übergang in die Erwachsenenversorgung muss vor allem in dieser sensiblen Entwicklungsphase optimiert werden, um die Verschlechterung der Symptomatik, Chronifizierung und die Entwicklung von komorbiden Störungen zu reduzieren.

c) Fehlversorgung durch Fehlallokation von Ressourcen: nicht ausreichende Vergütung der Diagnostik

Die Versorgung von Patient:innen setzt eine gründliche Diagnostik voraus. Diese sollte anhand einer umfassenden und strukturierten Exploration der Patient:innen erfolgen. Hierzu gehört der Einsatz strukturierter klinischer Interviews, die sowohl kriterienbasiert die Symptomatik der ADHS im Erwachsenenalter als auch komorbide Störungen, Selbst- und Fremdbeurteilungen erfassen. Diese können gegebenenfalls durch objektive neuropsychologische Testverfahren ergänzt werden. Anders als in der Psychotherapie, wird die Zeit, die Fachärzt:innen für eine solche Diagnostik aufwenden, nicht angemessen honoriert. Durch Schaffung von zusätzlichen Anreizen für eine gründliche Diagnostik könnte die Anzahl an Fehldiagnosen oder an Patient:innen mit unerkannter ADHS reduziert werden.

These 4: Die Qualität der Versorgung von Erwachsenen mit ADHS in Deutschland bedarf einer Verbesserung. Veränderungen im Hinblick auf die Struktur, den Ablauf und die Vergütung der Versorgung sind erforderlich.

d) Wenig Verständnis und fehlendes Bewusstsein über ADHS in der Gesellschaft

Die Stigmatisierung ist bis heute für viele Patient:innen mit ADHS ein Problem [24]. Das liegt zum einen daran, dass ADHS mit negativen Attributen, wie „anstrengend“, „fordernd“ oder „gewaltbereit“ assoziiert wird. Patient:innen fühlen sich dadurch mit ihrer Symptomatik oft alleingelassen, nicht verstanden oder falsch wahrgenommen. Positive Eigenschaften, wie z. B. Energie und Kreativität werden kaum kommuniziert. Zum anderen herrscht heute häufig immer noch die Auffassung vor, dass es sich bei ADHS nur um eine „Modediagnose“ handelt. Die Störung wird dadurch als weniger behandlungswürdig wahrgenommen und Patient:innen werden für ihre Symptomatik verantwortlich gemacht. Betroffene äußern immer wieder den Wunsch, einfach als Menschen mit einer Besonderheit wahrgenommen zu werden und durch eine angemessene Versorgung die Chance auf eine Teilhabe am Leben auf ihre eigene Weise zu erhalten.

8. Handlungsempfehlungen

Die beschriebenen Versorgungslücken weisen auf einen dringenden Handlungsbedarf hin. Die Versorgung von erwachsenen Patient:innen mit ADHS muss umgehend optimiert werden. Folgende Lösungsansätze können laut Expert:innen langfristig zu einer besseren Versorgung beitragen.

a) Verbesserung der Strukturqualität

Zugang zur Versorgung sicherstellen

Um die Wartezeit auf Termine bei Fachärzt:innen oder Psychotherapeut:innen zu verkürzen und wohnortnahe Versorgung möglich zu machen, ist vor allem der Ausbau von Kassensitzen notwendig. Die Bundespsychotherapeutenkammer weist darauf hin, dass die Versorgung von Patient:innen mit psychischen Störungen mit der derzeitigen Bedarfsplanung nicht gedeckt werden kann [25]. Auch die langen Wartezeiten auf einen Facharzttermin weisen auf einen deutlichen Mangel an Psychiater:innen hin.

Um dem entgegenzukommen sollte zum einen das Berufsbild attraktiver gestaltet werden, damit Ärzt:innen sich zu Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie ausbilden lassen. Zudem sind weitere Kassensitze für Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen erforderlich, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Außerdem können eine regelhafte oder erleichterte Übernahme von Honoraren (Kostenerstattung) für Psychotherapeut*Innen für nicht Kassen zugelassene Praxen (z.B. Privatpraxen, geleitet von approbierten Psychotherapeut*Innen) dazu beitragen, dass Patient:innen einen zügigeren Zugang zur Versorgung finden.

Niederschwellige und digitale Angebote

Im Zuge der Digitalisierung und vermehrt seit der Corona-Pandemie werden digitale Angebote zur Diagnostik und Versorgung von psychisch erkrankten Patient:innen eingesetzt. Dazu zählen z.B. Online-Therapieprogramme, Online-Coachings, Apps sowie Video- und telefonische Sprechstunden. Für die Indikationsgebiete Depressionen oder Angststörungen z.B. existieren bereits nach § 139e SGB V staatlich geprüfte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Ähnliche Angebote könnten für Patient:innen mit ADHS vor allem ergänzend oder kurzfristig als Überbrückungsangebot eingesetzt werden und Patient:innen während der Wartezeit auf einen Termin, vor allem in stark unterversorgten Regionen, entlasten. Auch sollte geprüft werden, ob digitale Tools künftig die Diagnostik von ADHS unterstützen können.

These 5: Der Zugang zur Versorgung muss durch eine ausreichende Anzahl an Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen sichergestellt werden. Digitale Angebote müssen entwickelt werden, um Patient:innen einen schnellen und niederschweligen Zugang zur Versorgung zu ermöglichen.

b) Verbesserung der Prozessqualität

Förderung der Weiterbildung von Spezialist:innen

Da ADHS ein häufiges Störungsbild im Erwachsenenalter ist, muss es noch stärker und präsenter in die theoretische und praktische Ausbildung von Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen eingebunden werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass angehende Spezialist:innen detailliert über das Krankheitsbild informiert sind und die Symptomatik bei Patient:innen erkennen und behandeln können. Zusätzlich sollten aktuelle Erkenntnisse zu ADHS stärker in das Fortbildungsangebot einbezogen werden.

Effiziente Weiterbildung von Hausärzt:innen

ADHS im Erwachsenenalter sollte weiterhin stärker in Fortbildungsangebote von Hausärzt:innen (CME) zu psychiatrischen Themen eingebunden werden. Eine Möglichkeit wäre, die adulte Form der ADHS regelmäßig in umfassenden Fortbildungen zu psychiatrischen Störungen einzubauen.

Weiterbildung von Fachkräften im Bereich Sozialarbeit

Da auch Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen mit erwachsenen Patient:innen mit ADHS zusammenarbeiten, sollten auch diese im Rahmen von Fortbildungen stärker in Hinblick auf das Störungsbild und den Umgang mit den Besonderheiten von Patient:innen mit ADHS geschult werden.

Förderung der Vernetzung von Versorger:innen

Um eine möglichst bedarfsgerechte und effiziente Versorgung zu gewährleisten, muss der regelmäßige fachliche und fallbezogene Austausch zwischen Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendpsychiater:innen, Hausärzt:innen, Pädiater:innen, Sozialarbeiter:innen und anderen Beteiligten im Versorgungsgeschehen gefördert werden. Dafür muss zum einen vor allem der direkte, fallbezogene Kontakt zwischen den jeweiligen Versorger:innen gefördert werden, beispielsweise durch eine konsiliarische Beratung. Ein Anreiz, sich Zeit für eine Rücksprache oder den Anschluss an einen Qualitätszirkel zu nehmen, könnte durch eine bessere Abbildung dieser interdisziplinären Kommunikation im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entstehen. Zudem kann z.B. der Ausbau innovativer Austauschplattformen für Spezialist:innen (z.B. auch die elektronische Patientenakte) helfen, dass sich Versorger:innen möglichst einfach und kurzfristig untereinander austauschen können.

Optimierung der Transition

Der Übergang von der Kinder- und Jugend- zur Erwachsenenversorgung muss dringend optimiert werden. Dazu ist zum einen eine bessere Kommunikation und Vernetzung zwischen den Disziplinen notwendig. Patient:innen, Angehörige und Versorger:innen müssen außerdem stärker hinsichtlich möglicher Probleme während der Transition sensibilisiert werden. Hierzu zählen die besonderen Entwicklungsaufgaben in dem Alter (z.B. Identitätssuche, Rolle und Beziehungen zu Peers, erste Partnerschaften, Berufsfindung etc.), neurobiologische Reifungs- und Umbauprozesse, Schnittstellenprobleme zwischen Kinder-, Jugend- und Erwachsenenversorgung (z.B. Altersgrenzen für ambulante und (teil-)stationäre Behandlungen) und mögliche Folgen von Therapieabbrüchen oder Behandlungsdiskontinuitäten (z.B. Chronifizierung, Entwicklung von Komorbiditäten, ungünstigere Prognose).

Zudem ist es erforderlich, klare Versorgungsstrukturen zu schaffen z.B. durch Case Management, spezielle Transitionssprechstunden und abgestimmte Vergütungsstrukturen

für die fallbezogene Kommunikation. Bestehende Transitionskonzepte aus anderen Störungen, wie sie bspw. die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin entwickelt hat, könnten hier ADHS-spezifisch weiterentwickelt werden [26] [27].

These 6: Die Qualifikation von Versorger:innen, das Management einer leitliniengerechten, interprofessionellen und interdisziplinären Versorgung und die Transition von Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung müssen gefördert werden.

c) Optimierung der Ressourcenallokation

Die Leistungen zur Anamnese und Diagnostik sind aktuell nicht befriedigend im EBM für Ärzt:innen abgebildet. Die Zeit, die Ärzt:innen für die ausführliche Exploration aufwenden, muss angemessener vergütet werden. Dafür sind langfristig kollektivvertragliche Änderungen notwendig. Übergangsweise sind auch Selektivverträge zwischen Leistungsanbieter:innen und Kassen denkbar.

These 7: Eine qualitätsgerechte Versorgung von Erwachsenen mit ADHS benötigt Zeit, die auskömmlich vergütet werden muss.

d) Bewusstseinssteigerung für ADHS im Erwachsenenalter und damit verbundene Probleme in der Versorgung

Um das öffentliche Bewusstsein für die Störung zu stärken und Stigmatisierung zu vermeiden, muss sachgerecht über die Störung informiert werden. Neben medialen Awareness-Kampagnen müssen vor allem Bildungseinrichtungen, berufsbildende Institutionen, aber auch der Bereich Strafvollzug für die Störung sensibilisiert werden.

Auf schulischer Ebene sind vor allem Fortbildungen für pädagogische Fachkräfte zum Krankheitsbild, aber auch zum Umgang mit der Störung in der Schule und im sozialen Umfeld relevant. Diese sollten, wenn vorhanden, weiterentwickelt bzw. neu angeboten werden. Die Kultusministerkonferenz muss Rahmen schaffen, um diese Themen angehen zu können. Aber auch der stärkere Einbezug von und Austausch mit Schulpsycholog:innen kann dazu beitragen, Schüler:innen und das soziale Umfeld über die Störung aufzuklären und zu beraten. Zudem ist eine individuelle Berufsberatung für Jugendliche mit ADHS von besonderer Relevanz. Die Berufswahl kann das weitere (berufliche) Leben von Patient:innen richtungsweisend beeinflussen und sollte daher unter Einbezug persönlicher Stärken und Präferenzen gut durchdacht werden. Dazu ist eine enge Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit notwendig.

Zudem sollten Berufsförderungswerke und Ausbildungsstätten stärker hinsichtlich individueller Unterstützungsmöglichkeiten für Patient:innen mit ADHS sensibilisiert werden.

These 8: Erwachsene Menschen mit ADHS leiden oft unter einer gesellschaftlichen Stigmatisierung. Ein inklusives Gesundheits- und Bildungswesen benötigt daher mehr Aufmerksamkeit für ihre Besonderheiten, ihre Begabungen und ihre Bedürfnisse.

e) Forschung

Die Unterversorgung von erwachsenen Patient:innen mit ADHS geht mit massiven Folgen für Betroffene und die Gesellschaft einher. Durch die Sicherstellung einer evidenzbasierten Versorgung könnten die Einschränkungen der Betroffenen reduziert, Komorbiditäten in Zukunft vermieden und das Gesundheitssystem deutlich entlastet werden [20].

Obwohl die Forschungsarbeiten zu ADHS in den letzten Jahren zugenommen haben, existiert weiterhin Forschungsbedarf, v.a. in den Bereichen Ätiologie (Ursachenlehre), Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf der ADHS und Behandlungsmöglichkeiten [10]:

Im Bereich der Ätiologie sind vor allem Studien zur Interaktion von biologischen Faktoren sowie Umweltfaktoren (z.B. psychosoziales Umfeld) relevant, um die Entstehung der Störung besser verstehen zu können. Ein weiterer wichtiger Forschungsschwerpunkt betrifft die Verbesserung Diagnostik, woraus hilfreiche Empfehlungen für die Praxis entstehen können. Zum Verlauf der ADHS können longitudinale Untersuchungen weitere wichtige Erkenntnisse liefern – z.B. zu den Themen Prävention und Frühintervention, Komorbiditäten, Chronifizierung, schulische und berufliche Entwicklung und langfristige Auswirkungen von Interventionen [28]. Die Erforschung von pharmakotherapeutischen und psychologischen Behandlungsmöglichkeiten sowie die versorgungswissenschaftliche Evaluation von neuen Versorgungsformen kann die Grundlage für Verbesserungen in der Versorgung bilden. Aber auch ein verbessertes Verständnis für die besonderen Ressourcen der Betroffenen kann zu neuen therapeutischen Möglichkeiten beitragen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass weiterhin zahlreiche Erkenntnislücken bestehen. Der damit einhergehende Forschungsbedarf bei der ADHS im Erwachsenenalter muss dringend gedeckt werden, um so eine Grundlage für eine Optimierung der Versorgung bieten zu können.

These 9: Die Weiterentwicklung der Therapie der ADHS benötigt weiterhin interdisziplinäre Forschungsanstrengungen in der Grundlagen-, der translationalen und der angewandten Forschung.

9. Schlussfolgerungen

Die Versorgung von erwachsenen Patient:innen mit ADHS muss dringend optimiert werden – darüber sind sich Expert:innen einig. Nur so können die Gesundheit und Lebensqualität der Patient:innen verbessert und gesundheitsökonomische Kosten reduziert werden.

Mithilfe eines „Nationalen Aktionsplans ADHS“, ggf. auch als Modul eines umfassenderen Plans für neurologische und psychiatrische Erkrankungen, können die genannten Handlungsempfehlungen konkretisiert, in detaillierte Maßnahmen überführt und hinsichtlich ihres Erfolgs messbar gemacht werden. Ein solcher Plan sollte sowohl die Kinder- und Jugendphase der Störung als auch ihre Phase im Erwachsenenalter umfassen und ganzheitlich medizinische, psychologische, soziale, schulische, familiäre und ökonomische Aspekte des Lebens mit ADHS beinhalten.

Denkbar wäre eine schrittweise Umsetzung der Maßnahmen, die beispielsweise auch durch Modellprojekte realisiert werden könnten. Zudem muss geprüft werden, wo gesetzgeberischer Änderungsbedarf besteht.

Eine solche Umsetzung gelingt aber nur, wenn sich alle gesellschaftlich involvierten Akteure gemeinsam an der Umgestaltung beteiligen. Denn nur so kann eine tatsächliche Verbesserung der Situation von erwachsenen Menschen mit ADHS erreicht werden.

These 10: Erwachsene mit ADHS haben ein Recht auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung und soziale Teilhabe. In einem „Nationalen Aktionsplan ADHS“ sollten daher die relevanten Akteure aus Gesundheit, Bildung und Arbeitswelt eine verbesserte Perspektive für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS entwickeln.

10. Übersicht über die 10 Thesen für eine bessere Versorgung von erwachsenen

Patient:innen mit ADHS

- **These 1:**
Erwachsene mit ADHS werden in Deutschland zu spät und unvollständig diagnostiziert und deshalb auch nicht ausreichend behandelt.
- **These 2:**
Alle Altersgruppen bedürfen einer leitliniengerechten und qualitätsgesicherten Versorgung.
- **These 3:**
Die falsch oder nicht behandelte ADHS bei Erwachsenen führt zu einer erheblichen Belastung der Betroffenen. Sie ist darüber hinaus eine gesellschaftliche Herausforderung und gesundheitsökonomisch ineffizient.
- **These 4:**
Die Qualität der Versorgung von Erwachsenen mit ADHS in Deutschland bedarf einer Verbesserung. Veränderungen im Hinblick auf die Struktur, den Ablauf und die Vergütung der Versorgung sind erforderlich.
- **These 5:**
Der Zugang zur Versorgung muss durch eine ausreichende Anzahl an Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen sichergestellt werden. Digitale Angebote müssen entwickelt werden, um Patient:innen einen schnellen und niederschweligen Zugang zur Versorgung zu ermöglichen.
- **These 6:**
Abläufe im Hinblick auf die Qualifikation von Versorger:innen, das Management einer leitliniengerechten, interprofessionellen und interdisziplinären Versorgung und die verbesserte Transition von Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung müssen gefördert werden.
- **These 7:**
Eine qualitätsgerechte Versorgung von Erwachsenen mit ADHS benötigt Zeit, die auskömmlich vergütet werden muss.
- **These 8:**
Erwachsene Menschen mit ADHS leiden oft unter einer gesellschaftlichen Stigmatisierung. Ein inklusives Gesundheits- und Bildungswesen benötigt daher mehr Aufmerksamkeit für ihre Besonderheiten, ihre Begabungen und ihre Bedürfnisse.
- **These 9:**
Die Weiterentwicklung der Therapie der ADHS benötigt weiterhin interdisziplinäre Forschungsanstrengungen in der Grundlagen-, der translationalen und der angewandten Forschung.
- **These 10:**
Erwachsene mit ADHS haben ein selbstverständliches Recht auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung und auf soziale Teilhabe. In einem „Nationalen Aktionsplan ADHS“ sollten daher die relevanten Akteure aus Gesundheit, Bildung und Arbeitswelt eine verbesserte Perspektive für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS entwickeln.

11. Literatur

- [1] C. J. Bachmann, A. Philipsen und F. Hoffmann, „ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie,“ *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 114, Nr. 9, pp. 141-148, 2017.
- [2] G. Polanczyk, E. G. Willcutt, G. A. Salum, C. Kieling und L. Rohde, „ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis,“ *International Journal of Epidemiology*, Bd. 43, Nr. 2, p. 434–442, 2014.
- [3] A. Philipsen und M. Döpfner, „ADHS im Übergang in das Erwachsenenalter: Prävalenz, Symptomatik, Risiken und Versorgung,“ *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Bd. 63, p. 910–915, 2020.
- [4] B. Libutzki, S. Ludwig, M. May, R. Jacobsen, A. Reif und C. Hartman, „Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis,“ *European Psychiatry*, Bd. 58, pp. 38-44, 2019.
- [5] T. G. Grobe, E. M. Bitzer und F. Schwartz, „BARMER GEK Arztreport 2013,“ Asgard, Siegburg, 2013.
- [6] M. Giacobini, E. Medin, E. Ahnemark, L. J. Russo und P. Carlqvist, „Prevalence, patient characteristics, and pharmacological treatment of children, adolescents, and adults diagnosed with ADHD in Sweden,“ *Journal of Attention Disorders*, Bd. 22, pp. 3-13, 2018.
- [7] S. McManus, P. Bebbington, R. Jenkins und T. Brugha, „Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey,“ NHS Digital, Leeds, 2016.
- [8] E. M. Oehrlein, M. Burcu, D. J. Safer und J. M. Zito, „National trends in ADHD diagnosis and treatment: Comparison of youth and adult office-based visits,“ *Psychiatric Services*, Bd. 67, p. 964–969, 2016.
- [9] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, Washington, DC, 2013.
- [10] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), „Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“,“ 2 May 2017. [Online]. Available: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-045I_S3_ADHS_2018-06.pdf.
- [11] M. A. Katzman, T. Bilkey, P. R. Chokka, A. Fallu und L. Klassen, „Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach,“ *BMC Psychiatry*, Bd. 17, p. 302, 2017.
- [12] S. Kittel-Schneider und A. Reif, „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Komorbidität: neue Befunde zu epidemiologischen und genetischen Faktoren,“ *Der Nervenarzt*, Bd. 91, p. 575–582, 2020.
- [13] J. T. Instanes, K. Klungsoyr, A. Halmøy, O. B. Fasmer und J. Haavik, „Adult ADHD and Comorbid Somatic Disease: A Systematic Literature Review,“ *Journal of Attention Disorders*, Bd. 22, p. 203–228, 2018.

- [14] K. Furczyk und J. Thome, „Adult ADHD and suicide,“ *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, Bd. 6, p. 153–158, 2014.
- [15] S. Dalsgaard, S. D. Østergaard, J. F. Leckman, P. B. Mortensen und M. Pedersen, „Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study,“ *Lancet*, Bd. 385, pp. 2190-2196, 2015.
- [16] T. Vaa, „ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis,“ *Accident Analysis & Prevention*, Bd. 62, pp. 415-425, 2014.
- [17] E. L. de Zeeuw, C. E. M. van Beijsterveldt, E. A. Ehli, E. J. C. de Geus und D. I. Boomsma, „Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Low Educational Achievement: Evidence Supporting A Causal Hypothesis,“ *Behavior Genetics*, Nr. 47, p. 278–289, 2017.
- [18] D. Daley, R. Jacobsen, A.-M. Lange, A. Sørensen und J. Walldorf, „The economic burden of adult attention deficit hyperactivity disorder: A sibling comparison cost analysis,“ *European Psychiatry*, Bd. 61, pp. 41-48, 2019.
- [19] S. Mannuzza, R. G. Klein und J. L. Moulton, „Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records,“ *Psychiatry Research*, Bd. 160, pp. 237-246, 2008.
- [20] A. Reif, A. Philipsen, O. Pogarell, G. Koller, G. Juckel, K. Hoffmann und M. Bea, „Positionspapier: ADHS bei Erwachsenen,“ 2019.
- [21] Bundespsychotherapeutenkammer, „Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018,“ 2018.
- [22] UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, „Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung,“ in *Monitor Patientenbefragung*, Berlin, 2018, pp. 78-80.
- [23] Bundesärztekammer, „Optimierung der Versorgung gesundheitlich besonders gefährdeter („vulnerabler“) Gruppen von Kindern und Jugendlichen,“ 2011. [Online]. Available: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/09-03_Visitenkarte_2011.pdf.
- [24] M. Roy, „Stigmatisierung der ADHS,“ *DNP - Der Neurologe und Psychiater volume*, Bd. 15, p. 31, 2014.
- [25] Bundespsychotherapeutenkammer, „Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten,“ 2019. [Online]. Available: <https://www.bptk.de/reform-der-bedarfsplanungs-richtlinie-in-kraft-getreten/>.
- [26] e. Gesellschaft für Transitionsmedizin, 2021. [Online]. Available: <https://transitionsmedizin.net>. [Zugriff am 2021].
- [27] T. Banaschewski, C. Roth-Sackenheim, G. Berg und A. Reif, „Transition psychiatry: attention deficit/hyperactivity disorder,“ *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Bd. 48, Nr. 6, pp. 425-428, 2020.
- [28] Bundeärztekammer, „Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS),“ 2005. [Online]. Available: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLan g.pdf.

- [29] K. Knecht, R. de Alvaro, J. Martinez-Raga und V. Balanza-Martinez, „Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorders, and criminality: a difficult problem with complex solutions,“ *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, Bd. 27, Nr. 2, p. 163–175, 2015.