

Zukunftsperspektiven in der ADHS-Diagnostik

Von Dr. med. Meinrad Ryffel

Am Berner Workshop mit Russel Barkley, einem der führenden ADHS-Spezialisten aus den USA, wies der Referent am 6. Sept. 2008 auf die zunehmende Wichtigkeit von genetischen Untersuchungen in der ADHS-Diagnostik hin. So ist es durchaus wahrscheinlich, dass in Zukunft solche Methoden die Diagnostik unterstützen können. Dass sie es ermöglichen, verschiedene ADHS-Typen zu unterscheiden, sogar Voraussagen zu den häufigen Begleiterkrankungen gemacht werden können und auch der Einfluss von Umweltfaktoren besser verstanden werden kann. Auch bezüglich Therapie wird die Gendiagnostik mit grosser Wahrscheinlichkeit Hilfestellungen anbieten können (z. B. welche Erstmedikation ist sinnvoll? Wer profitiert nun vor allem von einer Psychotherapie?)

Zusätzlich sind auch Fortschritte mit bildgebenden Verfahren zu erwarten und es ist durchaus möglich, dass sich Verfahren wie z.B. die quantitative EEG-Diagnostik zunehmend durchsetzen werden.

Trotz all dieser „technischen Fortschritte“ wird meines Erachtens aber weiterhin der gut geschulte und mit ADHS erfahrene Fachmann (sei dies nun ein Kinderarzt, Kinderpsychiater oder Psychologe) hauptsächlich aufgrund des klinischen Gesamtbildes die Diagnose stellen und basierend auf dem aktuellen Leidensdruck und der

alltäglichen Beeinträchtigung eine individuelle Behandlung einleiten.

Bisherige Hilfsmittel zur Diagnosestellung, wie die seit 1994 zur Verfügung stehenden DSM-IV-Kriterien, werden aufgrund neuer Erkenntnisse aus Klinik und Praxis in den kommenden Jahren neu definiert und sollten deshalb auch schon heute in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden: Diese Kriterien, wie sie in vielen Fragebogen und strukturierten Interviews abgefragt werden, basieren auf Studien, die vor ca. 20 Jahren fast ausschliesslich mit 6 – 12 – jährigen Knaben durchgeführt wurden und die das Vollbild einer ADHS aufwiesen. Seither wurden diese Kriterien sowohl für Kleinkinder, wie auch für Mädchen und vor allem Erwachsene in unterschiedlichem Ausmass diesen Gruppen angepasst, ohne dass dafür je sichere wissenschaftliche Grundlagen bestanden hätten. Aus diesem Grund wird die kommende DSM-V Klassifizierung ab ca. 2012 dazu eine neue wissenschaftlich fundierte Basis anbieten.

Mit grosser Wahrscheinlichkeit wird dabei die bisherige Unterscheidung der 3 Typen (vorwiegend hyperaktiv, vorwiegend un aufmerksam und der kombinierte Typ) aufgehoben, weil es sich gezeigt hat, dass diese Unterscheidung willkürlich, z.T. auch altersabhängig ist und bezüglich Behandlung keine Konsequenzen hat. Auch die Forderung, dass relevante Symptome vor

dem 7. Altersjahr aufzutreten hätten, wird durch die bisherige Forschung nicht gestützt und wahrscheinlich ersetzt durch „Beginn im Kindes- oder Jugendalter“.

Ganz neu wird sich die Diagnosestellung im Erwachsenenalter anbieten. Im Rahmen einer umfassenden, jahrelangen Studie und Erhebung haben Barkley und Murphy die für Erwachsene typischen Symptome zusammengestellt, die möglicherweise in die DSM-V übernommen werden sollen.

Kriterien für eine ADHS-Diagnose im Erwachsenenalter:

- 1) Lässt sich durch äussere Reize sehr leicht ablenken.
- 2) Trifft Entscheidungen in der Regel sehr impulsiv.
- 3) Hat oft Schwierigkeiten das Verhalten zu ändern, wenn dies angebracht wäre.
- 4) Beginnt oft Projekte oder Aufgaben, ohne dazu Anleitungen zu lesen oder auf Ratschläge zu hören.
- 5) Hat häufig Mühe, Versprechen oder Verpflichtungen gegenüber anderen einzuhalten.
- 6) Hat häufig Mühe, Aufgaben in der richtigen Reihenfolge oder im richtigen Ablauf durchzuführen.
- 7) Überschreitet beim Autofahren viel häufiger die vorgeschriebene Geschwindigkeit als der Durchschnitt („excessive speeding“!)
- 8) Hat häufig Schwierigkeiten bei Aufgaben oder beim Spiel über längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten.

- 9) Hat grosse Schwierigkeiten Aufgaben und Tätigkeiten zu organisieren.

Der „Cut off“ für eine mögliche ADHS-Diagnose beträgt 4 zutreffende Antworten aus den ersten 7 Fragen, resp. 6 aus allen 9 Fragen.

Auch hier wird es aber entscheidend sein, nicht nur diese Kriterien zu erfragen sondern mit dem Patienten zu evaluieren, wie weit diese seine Befindlichkeit und Lebensqualität in störendem Ausmass beeinflussen (sog. „Impairment“).

Wie weit mehr klinische Beobachtungen und Erfahrungen von den forschenden Wissenschaftlern in die DSM-V aufgenommen werden ist unsicher. Bewährte Verfahren wie z. B die ADD-Scales von Tom Brown haben es schwer, sich im streng wissenschaftlichen Umfeld durchzusetzen, obwohl sie uns praktizierenden Ärzten im Alltag eine gute Hilfestellung im diagnostischen Puzzle einer ADHS anbieten. Die von mir vor einigen Jahren ins Deutsche übersetzten Brownschen Fragebogen für Klein- und Schulkinder haben sich seither in vielen Praxen gut bewährt und umfassen die 6 nachfolgenden Symptomenkomplexe. Diese beinhalten neben den charakteristischen ADHS-Symptomen weitere Auffälligkeiten im Bereich der gestörten „exekutiven Funktionen“, wie sie klinisch bei ADHS-Betroffenen vorgefunden werden und sich häufig durch eine Stimulanzientherapie verbessern lassen.

- 1) Problematik der Selbstorganisation, Setzen von Prioritäten, Handlungsplanung und Aktivierung

AKTIVIERUNG

- 2) Probleme mit Fokussieren, Daueraufmerksamkeit und geteilter Aufmerksamkeit („shifting“)

KONZENTRATION

- 3) Steuerung der Wachheit („Alertness“), Vigilanz und Arbeitsgeschwindigkeit

MOTIVATION

- 4) Emotionale Labilität, Stimmungsschwankungen

AFFEKTIVITÄT

- 5) Probleme mit Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis, Schwierigkeiten beim Abrufen von gespeichertem Wissen

GEDÄCHTNIS

- 6) Kontrolle und Steuerung der Aktivität und des Bewegungsverhaltens

HYPERAKTIVITÄT

Ich bin überzeugt, dass solche klinische Verfahren auch in Zukunft ihren hohen Stellenwert beibehalten werden, unabhängig davon, welche genauen Formulierungen resp. gar „Diagnosevorschriften“ in der kommenden DSM-V erscheinen werden.

Ein bis heute leider ungelöstes Problem bleibt die versicherungsrechtliche Frage der Anerkennung eines ADHS als frühkindliches POS im Sinne der IV-Gesetzgebung. Die vom BSV seinerzeit 1981 (!) aufgestellten Kriterien für ein im Sinne der IV bestehendes Geburtsgebrechens sollten schon

lange dem medizinischen Fortschritt angepasst werden. Ohne Einbezug der anmelddenden Ärzte haben die zuständigen IV-Stellen in den letzten Jahren die Anerkennung eines „POS im Sinne der IV“ stattdessen jedoch zunehmend erschwert. Dies ganz eindeutig im Sinne langfristig kontraproduktiver Sparmassnahmen. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe und die SFG-ADHS haben bisher leider erfolglos mit den zuständigen Instanzen nach einer für die betroffenen Familien befriedigenden Lösung gesucht.

Dr. med. Meinrad Ryffel ist Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin. Praxis in Münchenbuchsee. Bekanntter ADHS-Experte mit langjähriger Erfahrung. Mitbegründer der SFG-ADHS.

Zurzeit läuft eine international vernetzte Studie unter dem Titel: „EEG-definierte Subtypen bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter. Mehr Informationen finden Sie hier: www.gtsg.ch (unter Forschung).