

Fakten statt Mythen zur ADHS

Dr.med. Meinrad Ryffel

Kinder- und Jugendarzt FMH,
Praxis psy-bern

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist bezüglich Existenz, Diagnostik und Therapie weiterhin überaus umstritten. Nachfolgend soll versucht werden, das Krankheitsbild aufgrund historischer und sachlicher Fakten darzustellen, in dem die immer wieder dazugehörten Mythen zur ADHS ausführlich diskutiert werden. Naturgemäss nimmt dabei die vor allem kritisierte medikamentöse Unterstützung einen grossen Platz ein. Da das Krankheitsbild heute durch viele weltweit unabhängig voneinander durchgeführte Forschungsarbeiten weitgehend neurobiologisch erklärt werden kann, ist die Pharmakotherapie auch wissenschaftlich belegt ein überaus wichtiger Baustein im therapeutisch multimodalen Behandlungskonzept. Unerkannt und unbehandelt kann eine ADHS vor allem im Jugend- und Erwachsenenalter schwerwiegende Folgen auslösen, indem Betroffene deutlich häufiger an sekundären psychischen Erkrankungen, Sucht- und Abhängigkeitsproblemen

und sozialen Schwierigkeiten bis hin zur Dissozialität leiden.

Für die Zukunft ist es daher unabdingbar dafür zu sorgen, dass die ADHS auch gesellschaftlich vermehrt anerkannt wird und die Bevölkerung durch möglichst sachliche Informationen aufgeklärt werden kann.

Résumé

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) reste très controversé tant sur le plan de son existence, que de son diagnostic et son traitement. Nous allons ici tenter d'établir les symptômes de la maladie sur la base de faits historiques et tangibles en abordant dans le détail tous les mythes qui entourent le TDAH. Naturellement, l'aide médicamenteuse critiquée joue ici un rôle important. Etant donné qu'aujourd'hui, il existe dans le monde plusieurs travaux de recherche indépendants permettant d'expliquer la maladie comme étant d'origine essentiellement neurobiologique, la pharmacothérapie est scientifiquement avérée et constitue un élément important dans le concept de thérapie multimodale. S'il n'est pas dépisté et traité, un TDAH peut, notam-

ment chez les jeunes et à l'âge adulte, avoir des conséquences graves, car les personnes touchées souffrent nettement plus fréquemment de maladies psychiques secondaires, de problèmes de dépendance et d'addiction et de difficultés sociales pouvant aller jusqu'à la désocialisation.

Pour l'avenir, il est donc essentiel de veiller à ce que le TDAH soit plus largement identifié dans la société et d'informer la population en lui donnant des informations le plus factuel possible.

Kaum eine psychiatrische Störung wird auch heute noch so kontrovers beurteilt wie die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Selbsternannte Experten, Medienschaffende, Sektenanhänger, aber auch Politiker verunsichern mit wenig sachlichen Argumenten viele ADHS-betroffene Familien und verhindern dadurch oft eine erfolgversprechende Unterstützung.

Anhand immer wieder vorgebrachter Mythen soll nachfolgend versucht werden, die aktuellen Fakten zu dieser häufigen Störung im Kindes- und Erwachsenenalter darzustellen:

«ADHS ist eine Modeerscheinung unserer modernen hektischen Lebensweise»

Die im aktuellen DSM 5 (= amerik. Diagnosemanual psychischer Störungen) aufgelisteten **klinischen Hauptsymptome** der ADHS, d.h. die je 9 Kriterien der **Aufmerksamkeitsstörung** und/oder der **Hyperaktivität/Impulsivität**, sind bereits im 18. Jahrhundert medizinisch beschrieben und im berühmten «Struwwelpeter» aus dem 19. Jahrhundert mit den beiden Figuren Hans-Guck-in-die-Luft und Zappelphilipp treffend charakterisiert worden. 1901 hat der britische Pädiater G. Still im Lancet eine erste umfassende medizinische Beschreibung veröffentlicht. Auch Sigmund Freud beschreibt in der Analyse der Fehlleistungen das Phänomen der Unaufmerksamkeit und Ablenkbarkeit: «*Leichtes Kranksein oder Abänderungen der Blutversorgung im nervösen Zentralorgan können diese Wirkung haben, indem sie die Verteilung der Aufmerksamkeit beeinflussen.*» Punkto Therapie führt er aus: «*Dabei scheint nicht viel für unser psychoanalytisches Interesse herauszuschauen.*»

Der Begriff ADHS etablierte sich in der Folge ab 1980 vorerst zunehmend in den USA, hierzulande wurden dafür noch

lange die Namen Minimale Hirnfunktionsstörung, Hyperaktivitätssyndrom oder infantiles POS verwendet.

«Die ADHS ist eine Kinderkrankheit, die sich in der Pubertät auswächst»

Ebenfalls in den USA wurde bereits vor 25 Jahren klar, dass sich die ADHS in ca. 60% der Fälle bis ins Erwachsenenalter fortsetzt, häufig verbunden oder überdeckt mit primär oder sekundär entstandenen **Begleiterkrankungen** wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Die motorische Hyperaktivität nimmt zwar in der Pubertät typischerweise ab, die Probleme der Aufmerksamkeitsstörung und vor allem diejenigen im Bereich der sog. exekutiven Funktionen persistieren aber weiter.

«Das »Zappelphilippsyndrom« beschränkt sich auf Buben»

Die ADHS wird in der Tat im Kindesalter wesentlich häufiger bei Knaben als bei Mädchen diagnostiziert, da für eine Diagnose von vielen Fachpersonen auch heute noch die gemäss DSM 5 **nicht obligate Hyperaktivität** vorausgesetzt wird. Sie stützen sich dabei weiterhin auf die aktuelle Codierung in der ICD 10,

in der die Hyperaktivität immer noch als Voraussetzung gilt. Gerade Mädchen, vom kanadischen Pädiater Falardeau treffend als **«enfants lunatiques»** bezeichnet, zeigen häufig eine «stille» resp. hypoaktive ADHS. Im Vordergrund stehen bei ihnen die **Schwierigkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen**. Der bekannte amerikanische ADHS-Kliniker Tom Brown hat diese mit den Defiziten in der Handlungsplanung, Kurz- und Daueraufmerksamkeit, Arbeitsgeschwindigkeit, Leistungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses sowie der emotionalen Labilität in seinen bekannten «ADD-Scales» gut charakterisiert.

«Die Ursachen einer ADHS liegen vor allem in einem Erziehungsversagen der Eltern»

Unnötige und sachlich nicht richtige Schuldzuweisungen wie diese sind auch heute noch häufig zu hören. Dabei zeigen weltweit unabhängig voneinander durchgeführte Untersuchungen ganz klar, dass bei der ADHS in der Mehrheit der Fälle eine häufig **multifaktoriell vererbte andere Funktion im Bereich der Neurotransmittersysteme von Dopamin und Noradrenalin** in den für die exekutiven Funktionen verantwortlichen Hirnregio-

nen wie Stirnhirn, Stammganglien und Kleinhirn ursächlich nachzuweisen ist. Diese Bereiche sind primär unteraktiviert und können zu einem gewissen Grad medikamentös stimuliert werden, entsprechend werden solche Arzneimittel als Stimulanzien bezeichnet.

Fatal ist die Situation allerdings dann, wenn – wie wir es in der Praxis häufig erleben – bisher nicht erkannte ADHS-Betroffene als Eltern Kinder mit einer ADHS bekommen: Hier können sich vererbte und objektiv durch die ADHS ausgelöste ungünstige Erziehungsmethoden gegenseitig verstärken.

«Ritalin® stellt die Kinder ruhig»

Bereits 1937 hat der Kinderpsychiater Bradley seine positiven Erfahrungen mit dem Amphetaminpräparat Benzedrin beschrieben: *«Die auffälligste Verhaltensänderung durch den Einsatz von Benzedrin ist das dramatisch veränderte Lernverhalten bei der Hälfte der Kinder. Das ist umso auffälliger, wenn man bedenkt, dass diese Kinder eine gute Intelligenz besaßen und dass man ihren Verhaltensstörungen grosse therapeutische Aufmerksamkeit widmete, die ihrem schulischen Fortschritt hätte zugute kommen müssen.»*

Als Stimulans normalisiert Amphetamin also in therapeutischen Dosen die bei der ADHS unteraktivierten Hirnregionen. Ab ca. 1960 setzten die Amerikaner Conners und Eisenberg das einige Jahre vorher von der CIBA entwickelte Amphetaminderivat Methylphenidat erstmals bei der ADHS erfolgreich ein. Dieses Präparat war unter dem Namen Ritalin® primär als «mildes Psychostimulans» bei «leichten Erschöpfungszuständen und Verstimmungen» zur «Weckung der Lebensgeister» auf den Markt gekommen und erwies sich rasch als kommerzieller Flop, da «Otto Jedermann» davon kaum profitierte. Bei ADHS-Betroffenen wird jedoch die **zerebrale Informationsverarbeitung verbessert** oder vorübergehend sogar normalisiert. Die Kinder sind somit aufmerksamer und konzentrierter, können dem Unterricht so besser folgen und erscheinen weniger hyperaktiv. **Statt «ruhiggestellt» sind sie aktiviert**, da ja ein unteraktiviertes System normalisiert wird.

«Ritalin® ist ein Betäubungsmittel und macht abhängig»

Wie erwähnt normalisieren Methylphenidat und die auch heute noch verwendeten neueren Amphetaminpräparate in

therapeutischer Dosis die bei der ADHS beeinträchtigten Hirnleistungen. Falls jedoch wie z. B. beim Doping im Leistungssport ein bereits normal aktiviertes System deutlich überstimuliert wird, ist die Situation grundlegend anders und es kann tatsächlich zu einer Abhängigkeit kommen. Deshalb fallen diese Arzneimittel zu Recht unter das Betäubungsmittelgesetz.

Beim therapeutischen Einsatz wird eine Abhängigkeit jedoch nicht beobachtet und weltweit zeigen viele Erfahrungen, dass medikamentös unterstützte ADHS-Betroffene kein höheres Suchtverhalten als die Normalbevölkerung aufweisen. Medikamentös nicht behandelte ADHS-Betroffene leiden hingegen deutlich häufiger an Suchtproblemen (vor allem Nikotin-, Alkohol-, Cannabisabusus usw.)

«ADHS wird heute überdiagnostiziert»

Mit einer weltweit fast überall gleichen Prävalenz von ca. 5% im Kindes- und ca. 3% im Erwachsenenalter **ist die ADHS eine häufige Störung**. Die familiäre Häufigkeit ist dabei charakteristisch. Die Diagnosestellung erfolgt klinisch und ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden: Die klinische Symptomatik muss über mindestens 6 Monate so ausge-

prägt sein, dass diese situationsübergreifend (z. B. in der Familie und in Schule/am Arbeitsplatz) zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Alltag führt («impairment»), dh. ein Betroffener muss einen deutlichen Leidensdruck aufweisen und z. B. in der Schule trotz seinem guten Potenzial versagen. Die Schwierigkeit bei der Diagnose liegt darin, dass viele Menschen Probleme mit der Konzentration und Aufmerksamkeit haben oder rastlos sind, entscheidend ist jedoch das Ausmass, die Persistenz und das Auftreten vor dem 12. Lebensjahr. Das Krankheitsbild ist heute wesentlich bekannter und wird so häufiger erkannt. Vor allem im Erwachsenenalter wird aber die Diagnose auch heute noch viel zu wenig gestellt. Man nimmt an, dass sich z. B. unter therapieresistenten depressiv Erkrankten, Personen mit Persönlichkeitsstörungen, Drogenkranken, aber auch unter sozial Ausgegrenzten sowie Gefängnisinsassen immer noch eine grosse Anzahl nicht erkannter ADHS-Betroffene finden lassen.

«ADHS lässt sich durch einen Fragebogen diagnostizieren»

Tatsächlich existieren heute zahlreiche störungsspezifische Fragebogen, die für

ein Screening oder eine klinische Bewertung des Ausmasses einer ADHS verwendet werden können. Diese Hilfsmittel sind jedoch für eine Diagnose unzureichend und müssen durch eine detaillierte Entwicklungsanamnese mit Beurteilung des individuellen Lebenslaufes und eine umfassende klinische und psychologische Untersuchung durch entsprechend geschulte Fachpersonen ergänzt werden. Differenzialdiagnostisch müssen viele weitere Krankheiten ausgeschlossen werden. Bewährt hat sich dabei die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologen, entsprechend sind beide Berufsgruppen in der vor 10 Jahren gegründeten **Schweiz. Fachgesellschaft ADHS (SFG ADHS)** als Mitglieder willkommen. Überbewertet werden häufig die in der Diagnostik eingesetzten neuropsychologischen Testverfahren, die in einer motivierenden und neuen Untersuchungssituation nicht selten wenig auffallend sein können. «Real life is much tougher than any test.» Wichtig in der Diagnostik ist vor allem auch die Erfassung der häufigen Begleiterkrankungen wie Lernstörungen, Depressionen und Angststörungen im Kindesalter sowie die im Jugend- und Erwachsenenalter häufigen Probleme im Sozialverhalten

bis hin zur Delinquenz, Suchterkrankungen und weiteren psychiatrischen Erkrankungen.

«Eine Ritalin®-Behandlung löst alle Probleme»

Eine medikamentöse Unterstützung im sogenannten **multimodalen Behandlungskonzept** ist zwar häufig ein entscheidender therapeutischer Baustein und erlaubt nicht selten erst den erfolgreichen Einsatz weiterer notwendiger Massnahmen. In weniger ausgeprägten Fällen sind jedoch die nachfolgenden Behandlungsmassnahmen zum Teil schon ausreichend und sollten in der Regel häufig vor einer Medikation als erste Therapien eingesetzt werden. Dazu gehören vor allem zu Beginn eine ausführliche **Psychoedukation** in Bezug auf ADHS von Eltern, Betroffenen und weiteren Bezugspersonen (häufig in Kombination mit der sogenannten «Bibliotherapie», dh. Vermittlung geeigneter Literatur oder Internetadressen), eine vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierte **Psychotherapie** und viele weitere individuell nötige Unterstützungen wie **Elterncoaching, Ergotherapie, Lerntherapie** oder spezifische Behandlungen von Legasthenie oder Dyskalku-

lie. Vor allem im Erwachsenenalter bietet häufig ein **Coaching** für den Alltag eine grosse Erleichterung. Zusätzlich ist eine **gezielte Therapie bei den Begleiterkrankungen** unumgänglich.

Sofern die familiären und schulischen Verhältnisse stimmen, ist im weiteren Verlauf nicht selten eine ärztlich immer gut zu überwachende Medikation ausreichend. An Stelle einer fachgerechten Medikation wird eine Unmenge von Alternativtherapien angeboten, von denen sich bis heute leider keine in entscheidendem Ausmass bewährt hat.

«Die Dosierung der Medikation ist gewichtsabhängig»

Im Gegensatz zu den meisten Pharmakotherapien muss **die Stimulanzienbehandlung ganz individuell** durchgeführt werden. Die im Einzelfall richtige Dosis entspricht weder dem Ausmass der Störung noch Alter oder Gewicht! Zu Beginn soll das Arzneimittel mit einer kleinen Dosis beginnend unter genauer Beobachtung und wöchentlicher Rückmeldung an den Arzt auftitriert werden. Sobald feststeht, welche Dosis wie lange wirkt, kann eventuell auf ein länger wirkendes Präparat gewechselt werden. In der Regel wird eine erfolgreiche medi-

kamentöse Therapie über Jahre sinnvoll sein. Bei fachgerechter Durchführung kann mit Stimulanzien in 80–85% der Fälle eine deutliche Verbesserung der Symptomatik erreicht werden.

In der Schweiz stehen zahlreiche Methylphenidatpräparate in unterschiedlichen galenischen Formen und Dosierungen zur Verfügung:

Medikinet® und Ritalin® als kurzwirksame Präparate,

Concerta®, EquasymXR®, FocalinXR®, MedikinetMR® und RitalinSR/LA® als länger wirksame Zubereitungen.

Mit Elvanse® wurde 2014 in der Schweiz zudem erstmals ein Amphetaminpräparat zugelassen.

Die in den Medien häufig hochgespielten Nebenwirkungen der Stimulanzien sind bei richtiger Dosierung selten schwerwiegend: Appetit- und Einschlafstörungen sind zu Beginn zwar häufig, können aber meist durch eine Dosisumstellung verbessert werden. Ernsthafte Nebenwirkungen sind bei richtiger Durchführung und Indikation während nun 60 Jahren keine beobachtet worden, andernfalls wäre das (billige!) Ritalin® schon lange vom Markt zurückgezogen worden. Vor allem bei Erwachsenen ist in der Regel eine kardiologische Untersuchung zu

empfehlen, da durch Stimulanzien eine leichte Blutdruckerhöhung zu beobachten ist.

Neben den Stimulanzien zeigt Atomoxetin (Strattera®) einen völlig anderen Wirkungsmechanismus und kann als Arzneimittel der 2. Wahl eingesetzt werden.

«Längerfristig heilt die ADHS aus»

Weder die Medikation noch die weiteren Behandlungsmassnahmen führen zu einer Ausheilung der Symptomatik. Im Sinne einer Brillenfunktion erleichtert die medikamentöse Unterstützung jedoch das Erlernen von Strategien im Alltag, ermöglicht oft die Ausnützung des vorhandenen Potenzials in Schule, Lehre, Studium und Berufsalltag und verbessert so das häufig kaum vorhandene **Selbstwertgefühl von ADHS-Betroffenen** ganz entscheidend. Wenn es gelingt, zusätzlich die vorhandenen Ressourcen positiv umzusetzen, ist eine erfolversprechende Lebensgestaltung durchaus möglich. Viele Biografien von wahrscheinlich betroffenen berühmten ADHS-Persönlichkeiten bestätigen dies immer wieder.

Vor allem bei nicht diagnostizierten Betroffenen sind im ungünstigen Fall jedoch **schwerwiegende Folgen** zu be-

obachten. Russell Barkley, einer der bekanntesten amerikanischen ADHS-Forscher, hat bereits 2002 in seiner «Internationalen Konsensuserklärung» für die USA Folgendes ausgeführt:

«ADHS ist keine gutartige Störung. Für ADHS-Betroffene kann sie verheerende Auswirkungen haben. Klinische Verlaufsstudien zeigen, dass davon Betroffene mit wesentlich grösserer Wahrscheinlichkeit als Nichtbetroffene vorzeitig die Schule verlassen müssen (32–40%), nur selten einen Collegeabschluss machen (5–10%), weniger oder keine Freunde haben (50–70%), keine begabungsentsprechende Arbeit (Beruf) ausüben (70–80%), vermehrt asoziale Handlungen ausführen (40–50%) und häufiger rauchen oder illegale Drogen konsumieren. Darüber hinaus zeigen ADHS-Jugendliche vermehrt Frühschwangerschaften (40%), sexuell übertragene Krankheiten (16%), vermehrt Geschwindigkeitsübertretungen beim Autofahren sowie mehr Autounfälle. ADHS-Erwachsene zeigen häufiger Depressionen (20–30%) und Persönlichkeitsstörungen (18–25%) und erleiden tagtäglich Hunderte von kleinen Missgeschicken oder Gefährdungen.»

«Die erschreckende Zunahme der Stimulanzienbehandlung ist ein ernsthaftes gesellschaftliches Problem»

Bezeichnenderweise wurde ein dazu im Dez. 2014 veröffentlichter Expertenbericht des Bundesrates in der Presse kaum kommentiert:

Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass **Kinder und Jugendliche mit ADHS in der Schweiz eine angemessene medizinische Betreuung** erhalten. Gemäss den verfügbaren Daten werden einem Viertel der Kinder und Jugendlichen mit ADHS methylphenidathaltige Arzneimittel verschrieben. Das entspricht den Behandlungsempfehlungen, nach denen eine medikamentöse Behandlung nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten angezeigt ist. Zudem geben die 2012 von Swissmedic angepassten Fachinformationen für Ärztinnen und Ärzte den Rahmen der Behandlung vor.

www.swissmedic.ch/marktueberwachung/00135/00752/01840/index.html?lang=de

Schlussfolgerungen:

Die ADHS ist eine bis heute in ihrem Ausmass viel zu wenig bekannte **ernsthaftes psychiatrische Erkrankung**, die durch eine frühe Erkennung und individuell un-

terschiedliche Behandlungskonzepte in ihrem Ausmass positiv beeinflusst werden kann. Noch fehlen dazu ausgedehnte prospektive Studien, doch zeigen vor allem Langzeitbeobachtungen durch klinisch tätige Ärzte immer wieder überaus erfreuliche Verläufe. Noch fehlt es leider – wie bei anderen psychischen Erkrankungen auch – an der Akzeptanz des Krankheitsbildes durch einen Grossteil der Bevölkerung und einem Teil der Ärzteschaft. Die durch die **Selbsthilfeorganisationen ELPOS und adhszoplus** seit Jahren durchgeführte Aufklärungsarbeit sollte deshalb dringend ergänzt werden. So schlägt der Expertenbericht des Bundesrates vor: *«Im Interesse der von ADHS-Betroffenen sollte die gesellschaftspolitische Debatte um ADHS und Ritalin® mit einer Informationskampagne versachlicht werden. Diese Diskussion ist bisher stark weltanschaulich geprägt und emotional aufgeladen. Diese Debatte wird den Kindern und Jugendlichen, aber auch deren Eltern und Lehrpersonen nicht gerecht. Die Information über ADHS sollte daher verbessert und versachlicht werden.»*

Versicherungsrechtlich ist die ADHS je nach ihrem Ausmass und vor allem im Hinblick auf primäre oder sekundäre Be-

gleiterkrankungen zu beurteilen. Zu diesen Aspekten sei abschliessend auf den nachfolgenden Artikel «Risikoabschätzung der ADHS für die private Lebens- und Invaliditätsversicherung» von Dr. sc. nat. Beatrice Baldinger und Dr. med. Urs Widmer verwiesen, der seinerzeit im Newsletter ADHS-AKTUELL Nr. 35 der SFG-ADHS erschienen ist.

Literatur beim Verfasser:

Dr. med. Meinrad Ryffel
Kinder- und Jugendarzt FMH
Praxis psy-bern

Neuengass-Passage 3

3011 Bern

www.hansguckindieluft.ch

Weitere nützliche Links:

www.elpos.ch

www.adhs2oplus.ch

www.sfg-adhs.ch (mit vielen weiterführenden Links für Fachpersonen sowie dem Newsletter ADHS-AKTUELL)

Bücher für Fachpersonen:

**ADHS: Band 1 aus der Reihe Leitfaden
Kinder- und Jugendpsychotherapie**

M. Döpfner et al.: Hogrefe, 2. Auflage 2012

ISBN-10: 3801719391

**ADHS im Erwachsenenalter: Symptome,
Differentialdiagnose, Therapie**

J. und K.-H. Krause: Schattauer, 4. Auflage

2013 **ISBN-10:** 3794527828

**ADHD: A Handbook for Diagnosis and
Treatment**

Russell A. Barkley: Guilford Publication,

4. Auflage 2014 **ISBN-10:** 1462517722

**A New Understanding of ADHD in Children
and Adults**

Thomas E. Brown: Routledge, 1. Auflage 2013

ISBN-10: 0415814251

Risikoabschätzung der ADHS für die private Lebens- und Invaliditätsversicherung

**Dr. sc. nat. Beatrice Baldinger und
Dr. med. Urs Widmer**
Swiss Re, Zürich

*Ausübung der beruflichen Tätigkeit aus-
wirkt und ob der Beruf an sich das Be-
finden verschlimmert.*

Zusammenfassung

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung ADHS ist heutzutage eine nicht seltene Diagnose bei Antragsstellern für eine Lebens- oder Invaliditätsversicherung. Der Konsensus über Diagnostik und Therapie unter Psychologen und Psychiater ist besser geworden und die ADHS ist eine schärfer definierte Entität geworden. In den Tarifierungsrichtlinien der Rückversicherer für die Direktversicherer ist die ADHS in der Regel als Diagnose enthalten. Bevölkerungs-basierte Langzeit-Mortalitätsstudien zur ADHS existieren nicht. Erwachsene mit leichter ADHS, kleiner Beeinträchtigung der alltäglichen Verrichtungen und ohne koexistierende Verhaltensstörungen gehören oft zu den kreativen Normalvarianten und weisen in den meisten Fällen keine Übersterblichkeit auf. Bestehen Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Depressionen, Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörungen zusätzlich zum ADHS, ist eine erhöhte Mortalität wahrscheinlich. Für das Invaliditätsrisiko wird abgeschätzt, wie sich die Erkrankung auf die

Résumé

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est de nos jours un diagnostic fréquent chez les demandeurs d'assurance vie ou d'assurance invalidité. Le consensus sur le diagnostic et le traitement au sein des psychologues et psychiatres s'est amélioré et le TDAH est devenu une entité mieux définie. Le TDAH figure généralement comme diagnostic dans les directives de tarification des réassureurs pour les assureurs directs. Il n'existe cependant pas d'études de mortalité à long terme à l'échelle de la population sur le TDAH. Les adultes présentant un léger TDAH, une petite gêne dans les travaux quotidiens et sans troubles du comportement co-existants font souvent partie des cas normaux à fort potentiel créatifs et ne présentent généralement pas de mortalité supérieure à la moyenne. Si toutefois il existe des problèmes d'alcoolisme ou d'usage de stupéfiants, de dépressions, de troubles du comportement ou de la personnalité en plus du TDAH, une mortalité supérieure est probable. Concer-

nant le risque d'invalidité, on procède à une estimation sur l'impact que la maladie pourrait avoir sur l'exercice d'une activité professionnelle et si l'activité professionnelle en soit risqué d'aggraver le ressenti de la personne.

Unter den ADHS-Komorbiditäten sind für die Risikoabschätzung vor allem antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Drogenmissbrauch wichtig. Für eine evidenzbasierte Risikoeinschätzung und Tarifierung beim Abschluss einer Lebens- oder Invaliditätsversicherung stellt sich folgende Kardinalfrage: Führt eine frühere oder aktuelle Diagnose ADHS oder die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien langfristig zu signifikant höheren Sterblichkeits- oder Invaliditätsraten verglichen mit den zu Normalbedingungen (kein Risikozuschlag, keine Ausschlüsse) Versicherten im Portfolio der Versicherung? Die zeitgemässe evidenzbasierte Medizin orientiert sich an der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnis, um wichtige klinische Fragen zu beantworten, und nicht am Bauchgefühl. Ähnlich versucht die evidenzbasierte Risikoabschätzung der Lebensversicherer, allfällige Risikozuschläge auf gemessene Übersterblichkeitsraten in bevölkerungsbasierten Ko-

hortenstudien mit Langzeitverlaufsbeobachtung abzustützen. Für häufige chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen gibt es für die Fragestellung der Lebensversicherer geeignete Statistiken (Framingham-Studie, SEER-Datenbank), aber für das noch nicht lange definierte und akzeptierte Krankheitsbild ADHS fehlen bevölkerungsbasierte Langzeitstudien mit Frage nach erhöhter Mortalität und Morbidität. Die mit ADHS assoziierte Übersterblichkeit wird weniger durch ADHS per se, sondern durch allenfalls vorhandene Begleiterkrankungen verursacht. Alkoholismus, Drogenmissbrauch und antisoziale Persönlichkeitsstörungen erhöhen das Mortalitätsrisiko durch Unfall und Suizid.

Die Frage, ob die langfristige Einnahme von Ritalin® das Risiko für schwere kardiovaskuläre Zwischenfälle (Herzinfarkt, plötzlicher Herztod und Schlaganfall) erhöht, wurde kürzlich in einer grossen Kohortenstudie in den USA an 2- bis 24-jährigen untersucht. Es ergaben sich keine signifikanten Hinweise für eine erhöhte Zahl von schweren kardiovaskulären Ereignissen über einen Zeitraum von zwei Jahren. Eine im Journal of the American Medical Association (JAMA)

veröffentlichte Studie an Erwachsenen mit ADHS kam zu einem ähnlichen Ergebnis (1). Aus Sicht der Kardiologen soll vor allem der Blutdruck langfristig im Auge behalten werden. Andererseits ist der Nutzen der Stimulanzienbehandlung im psychosozialen Verhalten gut belegt, und eine schwedische Studie meint sogar zu zeigen, dass ADHS-Patienten, die mit Methylphenidat, Atomoxetin, Amphetamin oder Dextro-Amphetamin behandelt werden, eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, wegen einer Straftat verurteilt zu werden als ADHS-Patienten, die nicht behandelt werden (2). Aus einer Studie in Aberdeen (The Aberdeen Children of the 1950s (ACONF)) geht hervor, dass bei Kindern mit Verhaltensstörungen im Erwachsenenalter die Wahrscheinlichkeit für Langzeit-Erkrankungen, Rauchen, Adipositas und niedrigeres Wohlbefinden erhöht war. Bei hyperaktiven Kindern wurde später ein früherer Rauchbeginn (Männer und Frauen), höherer Zigarettenkonsum (Frauen) und häufigeres Bingedrinking (Männer) beobachtet. Das erhöhte Risikoverhalten könnte einen Teil des Zusammenhangs zwischen frühen Verhaltensproblemen und erhöhter Mortalität im Erwachsenenalter erklären (3).

Wie auch andere nur ungenau quantifizierbare Risiken wird die ADHS beim Erwachsenen als leicht, mittelschwer und schwer eingeteilt. Leicht betroffene Erwachsene leiden an Aufmerksamkeitsdefiziten, Ablenkbarkeit, Ruhelosigkeit und Vergesslichkeit mit nur unwesentlicher Beeinträchtigung in alltäglichen Verrichtungen. Liegt keine andere psychiatrische Diagnose vor, wird ein Antragsteller mit leichter ADHS zum Normaltariff für das Todesfallrisiko versichert. Für das Invaliditätsrisiko wird abgeschätzt, wie sich die Erkrankung auf die Ausübung der beruflichen Tätigkeit auswirkt und ob der Beruf an sich das Befinden verschlimmert. Entsprechend wird die Invaliditätsdeckung als Grenzfall zu normalen Prämien übernommen oder mit Risikozuschlag versichert oder abgelehnt. Mittelschwer betroffene Erwachsene sind durch ausgeprägte Gemütsschwankungen, emotionale Überreaktionen, zusätzliche Depression sowie auffällige Partnerschwierigkeiten oder grössere Schwierigkeiten in der beruflichen Leistungsfähigkeit charakterisiert. Bei mittelschwerer ADHS wird eine leichte Übersterblichkeit angenommen und es wird ein kleiner Risikozuschlag für die Prämie der Lebensversicherung

erhoben; die Deckung der Invalidität kann abgelehnt werden. Die ADHS wird als schwer eingeschätzt, wenn Arbeits-schwierigkeiten, Kaufsucht, Motorfahr-zeugunfälle, Alkohol- oder sonstiger Dro-gen-/Medikamentenmissbrauch, Depression, Verhaltens- oder Persönlich-keitsstörungen oder Haftstrafen vorhan-den sind. Der Versicherungsantrag bei schwerer ADHS muss einem ärztlichen Risikoprüfer vorgelegt werden. Im Ide-alfall verfügt der Risikoprüfer über An-gaben zum Alter bei Diagnose, Resultate der diagnostischen Bewertung, Haupt-symptome, Behandlungskonzepte, Art der Medikation und Dosis, andere psy-chologisch-psychiatrische Probleme so-wie berufliche und schulische Leistungs-fähigkeit als Entscheidungsgrundlage für ein Versicherungsangebot.

Literatur

1. Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, Cheetham TC, Quinn VP, Dublin S, Boudreau DM, Andrade SE, Pawloski PA, Raebel MA, Smith DH, Achacoso N, Uratsu C, Go AS, Sidney S, Nguyen-Huynh MN, Ray WA, Selby JV. ADHD medications and risk of serious cardiovascular events in young and middle-aged adults. *JAMA*. 2011 Dec 28;306(24):2673-83.
2. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, Långström N, Larsson H. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med*. 2012 Nov 22;367(21):2006-14.
3. von Stumm S, Deary IJ, Kivimäki M, Jokela M, Clark H, Batty GD. Childhood behavior problems and health at midlife: 35-year follow-up of a Scottish birth cohort. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Sep;52(9):992-1001