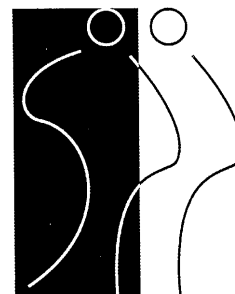


Empfehlungen zum Umgang mit Suchtkranken bei adultem Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

(2. überarbeitete u. ergänzte Auflage, November 2010)

Redaktion: Tretter F, Erbas B, Schaefer F, Funck A, Wodarz N



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089-530 730-0
Fax: 089-530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

1. Hintergrund

Nach aktuellen epidemiologischen Untersuchungen weisen ca. 4,4% der Bevölkerung ein adultes ADHS auf (Kessler et al., 2006). Bei Suchtkranken zeigt sich im Vergleich eine überproportionale Häufung. So weisen je nach Setting ca. 10 – 20% der Drogenabhängigen und ca. 8 – 15% der Alkoholabhängigen ein adultes ADHS auf.

Für die medikamentöse Therapie liegt bei nicht-suchtkranken, erwachsenen ADHS-Betroffenen eine Vielzahl von Studien vor, die kurz- bis mittelfristig die Überlegenheit verschiedener Pharmaka im Vergleich zu Placebo belegen. Langzeitstudien bei Erwachsenen liegen bislang kaum vor, weshalb bislang auch noch kein Medikament für die Behandlung des ADHS im Erwachsenenalter eine uneingeschränkte Zulassung erhalten hat.

Für Abhängigkeitskranke mit einem ADHS liegen bislang kaum kontrollierte Studien vor. Die größte randomisierte Untersuchung an 98 Drogenabhängigen *in einer Substitutionsbehandlung* konnte z.B. keine Überlegenheit einer Behandlung mit Methylphenidat im Vergleich zu Bupropion **und** Placebo zeigen.

Entgegen der primären Hoffnung zeigen die bisher vorliegenden Ergebnisse auch keinen positiven Einfluss einer medikamentösen Behandlung des ADHS auf den Verlauf der Suchterkrankung. Vielmehr häufen sich bei Rezeptierung von Methylphenidat die Berichte über einen intravenösen Missbrauch.

Auf der Basis einer umfangreichen Diskussion im BAS e.V. und unserer Tagung „*Drogenabhängigkeit und ADHS bei Erwachsenen – Praxisaspekte*“ vom 5. Dezember 2007 wurden die Empfehlungen (Version vom September 2008) formuliert. Diese wurden im Rahmen eines Workshops der 22. Netzwerktagung am 13. Oktober 2010 („ADHS und Sucht – Besondere Anforderungen bei Substitution und PSB?“) auf ihre Praxistauglichkeit hin diskutiert und ergänzt.

2. Diagnose

a) Eine umfangreiche Anamnese über die Motorik und die Aufmerksamkeit im Kindes- und Jugendalter ist unabdingbar, da es sich bei ADHS um eine sich entwicklungsphysiologisch früh manifestierende Störung handelt. Die diagnostischen Kriterien erfordern daher auch den Nachweis der Symptomatik im Kindes- und Jugendalter in mindestens zwei voneinander unabhängigen Lebensbereichen (z.B. Schule, Sport). Ergebnisse aus strukturierten Erhebungsbögen (z.B. Wender-Utah-Rating-Skala) können hilfreich sein. Sie sind aber nicht mit der Diagnose gleich zu setzen, denn neben der aktuellen Anamnese und dem aktuellen Befund sind auch fremdanamnestic Angaben (z.B. Angehörige) mit einzubeziehen.

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr. 8890100
BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:
PD Dr. med. Norbert Wodarz

2. Vorsitzender:
Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:
Bertram Wehner
Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Vorstandsmitglieder:
Christiane Fahrmbacher-Lutz
Apothekerin
Dr. rer.soc. Christoph Kröger
Dipl.-Psychologe

Ehrenvorsitzender:
Prof. Dr. med. Jobst Böning

b) Eine valide ADHS-Diagnostik kann sich, je nach Setting, bei Suchtkranken besonders schwierig gestalten, da charakteristische Symptome eines ADHS auch substanz- bzw. entzugsinduziert sein können.

c) Grundsätzlich sollte berücksichtigt werden, dass die Diagnose eines ADHS möglichst fachärztlich (insbesondere psychiatrisch) abgesichert sein sollte.

d) Auch muss nach Diagnosestellung in einem 2. Schritt die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit anhand des Ausmaßes der Beeinträchtigungen geklärt werden.

Es empfiehlt sich, im Vorfeld die Zielsymptome und deren Schweregrad zu dokumentieren, um im Verlauf die Wirksamkeit der Behandlung beurteilen zu können. Auch im weiteren Behandlungsverlauf ist eine sorgfältige Dokumentation unerlässlich.

3. Wahl der Medikation

Optimal ist es, die Pharmakotherapie langfristig in ein multimodales Behandlungskonzept (z.B. kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation und Entspannungsverfahren) einzubetten.

Mit Ausnahme von Atomoxetin (wenn damit bereits im Kindes- und Jugendalter damit ein ADHS behandelt wurde) sind alle Präparate bei Erwachsenen in Deutschland ein „off-label-use“. Dieser muss gegenüber den Kostenträgern entsprechend begründet werden¹. Eine plausible Begründung könnte die folgenden Punkte enthalten.

- Es handelt sich um die *Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung*, wobei die Funktionsstörungen im Alltag dargestellt werden sollen.
- Es ist keine andere Therapie verfügbar. Hier kann über einen vorangegangenen fehlgeschlagenen Therapieversuch berichtet werden.
- Aufgrund der Datenlage, die mit Placebo-kontrollierten, randomisierten Studien belegt werden kann, besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Mittel der ersten Wahl bei Abhängigkeitskranken mit einem ADHS sind *Nicht-Stimulanzien* (Edel u. Vollmoeller 2006):

Atomoxetin (Strattera [®])
Bupropion (Zyban [®])
Desipramin (Tylyl [®])
Duloxetin (Cymbalata [®])
Mirtazapin, bei erwünschter Sedierung (Remergil [®])
Moclobomid (Aurorix [®])
Reboxetin (Edronax [®])
Venlafaxin (Trevilor [®])

¹ Regressforderungen seitens der Kostenträger können mit jeder Verordnung auf Kassenrezept einhergehen. Es ist daher empfehlenswert, sich bereits vorab die Kostenübernahme zusichern zu lassen. Ein Beispiel für ein Antragschreiben finden Sie unter www.zentrales-adhs-netz.de unter der Rubrik „Für Fachleute – Materialien“.

Wichtig und sinnvoll ist es, den Patienten bis zum Wirkungseintritt dieser Substanzen entsprechend zu unterstützen.

Methylphenidat

Sollte aufgrund des Nicht-Ansprechens auf die o.a. medikamentösen Alternativen letztendlich doch eine Methylphenidatbehandlung notwendig werden, dann sollten im eigenen Interesse die diagnostischen Befunde, das Ausmaß der Beeinträchtigung und die Ergebnisse der Verlaufskontrollen ausführlich dokumentiert werden. Da auch bislang keine gut gesicherte Evidenz für den Nutzen einer Methylphenidat-Behandlung bei Suchtkranken mit einem ADHS vorliegt, sollten Stimulanzien nur in gut dokumentierten Ausnahmefällen eingesetzt werden. Eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen ist aufgrund der Rechtsprechung des BSG 2009 derzeit nicht zu erwarten.

Grundlegend ist auch zu beachten, dass ein *Drogen-, Arzneimittel- oder Alkoholabusus*, auch in der Anamnese, offiziell als *Kontraindikation für Methylphenidat* (unter S75) gilt. Zumindest sollte zunächst die Suchterkrankung behandelt bzw. zumindest stabilisiert (Beikonsum bei substituierten Patienten!) sein, bevor eine Behandlung mit Methylphenidat erfolgt.

Gerade bei substituierten Patienten sollte eine unnötige Gefährdung, z.B. durch einen i.v. Missbrauch, vermieden werden. Dies kann am einfachsten durch die sorgfältige Auswahl lang wirksamer *retardierter Methylphenidatpräparate* erfolgen, die sich nicht auflösen lassen. Bewährt hat sich die Verabreichung der Tagesdosis im Rahmen der täglichen Substitutvergabe.

Eine weitere Kontraindikation für den Einsatz von Methylphenidat bildet eine Psychoseanamnese (schwierige Differentialdiagnose bei kindlicher Traumatisierung), ferner eine Therapie bzw. Neueinstellung bei Schwangeren.

4. Verlaufskontrolle

a) **Beikonsum:** Im Verlauf sollten Urinkontrollen auf Suchtstoffe durchgeführt werden (problematisch, da inzwischen auch DHC, Methadon, Buprenorphin und Fentanyl als Heroinersatzstoffe auf dem Markt sind und eine Begrenzung auf 5 Parameter pro Urin-Kontrolle gegeben ist).

Fortgesetzter Beikonsum von Amphetaminen, Kokain oder Diazepam sollte zur Beendigung führen. Zudem sollte eine Kontrolle auf Einstichstellen (Verdacht auf i.v.-Applikation) erfolgen. Da manchmal das den Kindern verordnete Methylphenidat von den Eltern mit konsumiert wird, empfiehlt sich unter Umständen eine Nachfrage beim Kinderarzt bzw. Jugendpsychiater.

Vorsicht ist auch geboten bei (wiederholten) Schilderungen von Rezeptverlust.

b) **Wirksamkeit:** Bei Substituierten sollte die Einnahme von Methylphenidat unter Aufsicht erfolgen, wobei auf die Einhaltung von Höchstdosen (60mg retardiert) zu achten ist. Dabei soll der Patient über die Wirksamkeit befragt werden bzw. sein Verhalten beobachtet werden.

c) **Zeitabstände:** Bei Substituierten besteht die zwingende Notwendigkeit einer therapiezieldefinierten und -kontrollierten, die Methylphenidattherapie begleitenden psychotherapeutischen, gesprächstherapeutischen oder psychosozialen Therapie mit zumindest anfangs engmaschigen Kontrollintervallen.

Literatur und Links

Benkert D, Krause KH, Wasem J, Aidelsburger P: Medikamentöse Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 108. DIMDI, 2010. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta267_bericht_de.pdf

Buddensiek N, te Wildt BT, Ziegenbein M, Emrich HM, Ohlmeier M: Einsatz von Atomoxetin bei Erwachsenen mit ADHS und Sucht: Vier Fallberichte, Psychopharmakotherapie. 2007; 2 (4): 76-81.

D'Amelio R, Retz W, Philippsen A, Rösler M: Psychoedukation und Coaching – ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. Urban und Fischer, München. 2009

Edel M-A, Vollmoeller W: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Springer, Heidelberg. 2007.

Wodarz N, R. Laufkötter, M. Johann: ADHS und Alkoholabhängigkeit in: Freitag C M, Retz M (Hrsg.): ADHS und Komorbidität im Kindes- und Erwachsenenalter – Grundlagen, Differentialdiagnose und Therapie. Kohlhammer, Stuttgart. 2007.

Fröhlich J, Lehmkuhl G: Epidemiologie und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei ADHS. Sucht 52 (6). 2006: 367 – 375.

König S, Wodarz N, Unglaub, W, Johann, M: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei Drogenabhängigen. Psychiatrische Praxis.2007; 34: 71-72.

Krause J, Krause K-H: ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. Schattauer, Stuttgart. 3. Auflage. 2009.

Krause J, Krause K-H: Neurobiologische Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung. psychoneuro. 2007; 33 (10): 404-410.

Lauth GW, Minsel W-R: ADHS bei Erwachsenen, Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörungen. Hogrefe, Göttingen. 2009

Levin FR, Evans SM, Brooks DJ et al. Treatment of methadone-maintained patients with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate, bupropion and placebo. Drug And Alcohol Dependence 81, 137-148 (2006)

Ohlmeier M: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und komorbide Suchterkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen. In: Möller C. (Hrsg.). Drogenmissbrauch im Jugendalter, Ursachen und Auswirkungen. Vandenhoeck, Ruprecht, Göttingen. 2007: 187-200.

Ohlmeier M, Peters K, Buddensiek N, Seifert J, te Wildt BT, Emrich HM, Schneider U: ADHS und Sucht. psychoneuro. 2005; 31 (1): 554-562. (<http://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/psychoneuro/doi/10.1055/s-2005-923369.pdf>)

Ohlmeier MD, Peters K, Kordon A, Seifert J, Wildt BT, Wiese B, Ziegenbein M, Emrich HM, Schneider U: Nicotine and Alcohol Dependence in Patients with Comorbid Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). Alcohol and Alcoholism. 2007; 42 (6): 539-543.

Paslakis G, Kiefer F, Diehl A, Alm B, Sobanski E: Methylphenidat Therapieoption bei ADHS und Suchterkrankung im Erwachsenenalter. Nervenarzt 2010, 81:277-288

Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz R-D: HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Hogrefe, Göttingen. 2008

Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW: Mastering your adult ADHD: a cognitive behavioral treatment program. Deutsche Bearbeitung Sobanski E, Schuhmacher-Stien N, Alm B: Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft,. Berlin. 2009

Schmidt S, Petermann F: ADHS–E. Pearson, Frankfurt a. Main. 2009

Unglaub W, Wismath M, Johann M, Wodarz N, Klein H: Das Abhängigkeitspotential von Methylphenidat, Psychiatr Prax 34: 109-110. 2007

www.zentrales-adhs-netz.de : Hier finden sich u.a. Diagnostik-Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung sowie Argumentationshilfen zum Off-label-Use