

Themenschwerpunkt

Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter: Eine Bestandsaufnahme

Rolf-Dieter Stieglitz¹ und Michael Rösler²

¹Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel

²Neurozentrum – IGPUP, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Zusammenfassung. Mit der Anerkennung, dass eine ADHS bis ins Erwachsenenalter fortbestehen kann, stellen sich Anforderungen an eine differenzierte Diagnostik, da viele Patienten in der Kindheit nicht abgeklärt worden sind. Zur Unterstützung des diagnostischen Prozesses existierten bis vor wenigen Jahren im deutschsprachigen Raum kaum Instrumente, was sich jedoch zwischenzeitlich grundlegend geändert hat und Gegenstand des vorliegenden Beitrages ist. Der Diagnostiker kann heute auf eine Reihe von Interviews und Ratingverfahren als Ergänzung zur umfassenden Anamneseerhebung zurückgreifen. Im diagnostischen Prozess gilt es jedoch auch die vielfältigen Komorbiditäten zu berücksichtigen. Das Ergebnis des diagnostischen Prozesses ist jedoch immer noch eine klinische Diagnose, da bisher keine apparativen Verfahren hierfür verfügbar sind.

Schlüsselwörter: ADHS im Erwachsenenalter, Assessment, Interview, Ratingskalen, diagnostischer Prozess

Diagnosis of ADHD in adults: A survey

Abstract. With the acknowledgement that ADHD can persist well into adulthood and the fact, that many patients have not been assessed during childhood, specific requirements emerge for a differentiated diagnostics. There have hardly been any tools to assist the diagnostic process until recent years, which, however, changed dramatically in recent years and is the subject of the following article. By now, the diagnostician can rely on a range of interviews and rating procedures to amend a comprehensive anamnestic assessment. However, it is essential to bear in mind various potential comorbidities, as well. As so far, there do not exist any standardized assessment tools for ADHD, the diagnostic process still results in a clinical diagnosis.

Keywords: ADHD in adults, assessment, interviews, rating scales, diagnostic process

Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) mit den Kernbereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität ist zwischenzeitlich auch eine im Erwachsenenbereich etablierte Störung (vgl. z.B. Barkley, 2010). Die Voraussetzung einer Diagnose im Erwachsenenalter ist der hinreichende Nachweis des Beginns der Symptomatik in der Kindheit und Jugendzeit, wie es im ICD-10 und dem DSM-IV/DSM-5 gefordert wird. Die ADHS ist jedoch auch eine psychische Störung im Erwachsenenalter. Ihre Prävalenzrate liegt nach aktuellen Studien in Deutschland zwischen 3.1 und 4.7 % (de Zwaan et al., 2012). Menschen mit einer ADHS können unter starken Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen ihres Alltags sowie unter komorbiden Störungen lei-

den (Able, Johnston, Adler & Swindle, 2007; Stein, 2008). Dabei sind vor allem die Personen betroffen, bei denen die Störung unerkannt bleibt (Able et al., 2007). Eine Vielzahl derjenigen, die sich im Erwachsenenalter zu einer Abklärung anmelden, sind zuvor niemals abgeklärt worden. In der ADHS-Sprechstunde der UPK Basel sind dies immer noch ca. 90 %, in der Homburger Sprechstunde liegt der Anteil aktuell bei 40 %. Vor 10 Jahren betrug der Anteil bisher nicht diagnostizierter Störungen 75 %.

Es handelt sich somit bei der ADHS im Erwachsenenalter um eine gesellschaftlich relevante Diagnose mit z.T. schwerwiegenden Folgen in verschiedenen Lebensbereichen wie soziale Beziehungen, Beruf/Schule oder Verkehrsverhalten (Barkley, 2010).

Ein besonderes Problem stellen zudem die im Vergleich zu anderen psychischen Störungen deutlich höhere Ko-

morbiditätsraten dar. Schätzungen gehen bis zu 80 %, wobei vor allem Störungen im Zusammenhang mit Substanzgebrauch oder Affektive Störungen zu nennen sind, aber auch Persönlichkeitsstörungen sind von grosser Relevanz (Kessler et al., 2005).

Einer richtigen und vor allem rechtzeitigen Diagnosestellung kommt daher eine zentrale Funktion zu, zumal zwischenzeitlich eine Reihe effektiver Behandlungsansätze existieren (vgl. Eich-Höchli, Seifritz & Eich, 2015 sowie Hoxhaj & Philipsen, 2015 in diesem Heft). Auch wenn es sich, wie bei den meisten anderen psychischen Störungen auch, um eine klinische Diagnose handelt (vgl. z. B. Stieglitz & Rösler, 2006), kommt innerhalb des diagnostischen Prozesses dem Einsatz von Instrumenten eine wichtige Rolle zu. Im anglo-amerikanischen Bereich existiert eine Vielzahl von Instrumenten (Rösler et al., 2006), während dies bis in die jüngere Vergangenheit im deutschsprachigen Raum eher ein Problem darstellte. So konnten z. B. Stieglitz und Rösler (2006) in einer Übersicht nur wenige deutschsprachige Verfahren aufführen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die aktuelle Bestandsaufnahme diagnostischer Instrumente im deutschsprachigen Bereich seit 2006. Diese ist sinnvoll, da Instrumente aus anderen Sprachbereichen nicht einfach auf deutschsprachige Verhältnisse übertragbar sind. Selbst eine optimale Übersetzung nach strengen Regeln reicht alleine nicht aus, da die Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen nicht einfach übertragbar sind (vgl. Stieglitz, 2008).

Kennzeichen der ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter

Die Diagnostik der ADHS unterscheidet sich im Vergleich zu anderen psychischen Störungen in einer Reihe von Punkten. Dies betrifft zunächst die *diagnostischen Kriterien*. Die meisten darin abgebildeten Symptome manifestieren sich auf der Verhaltensebene (z. B. Ablenkbarkeit, viel reden) bzw. sind der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung zugänglich (z. B. schwer warten können, innere Unruhe). Eine weitere Besonderheit stellt der *frühe Beginn der Störung* dar. Hier kommt der Anamneseerhebung eine besondere Bedeutung zu. Speziell die genaue Erfassung der frühkindlichen Entwicklung und der Schulzeit ist wichtig. Wenn möglich sollte eine Befragung der Eltern erfolgen oder es sollten Schulzeugnisse einbezogen werden (vgl. auch Stieglitz & Rösler, 2006).

Die bereits erwähnten hohen *Komorbiditätsraten* erfordern zudem eine systematische und umfassende Diagnostik weiterer Störungen (vgl. Stieglitz, 2008). Aus Zeitgründen bewährt hat sich vor allem das M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview). Das M.I.N.I. ist ein kurzes strukturiertes Interview für DSM-IV und ICD-10 (Sheehan et al., 1998). Eine Reihe häufiger komorbider Störungen sind jedoch auch unter differentialdiagnostischen Überlegungen von Bedeutung. Zu nennen sind hier

vor allem die Borderline Persönlichkeitsstörung und die bipolaren affektiven Störungen (Rösler & Retz, 2008).

Wie bei anderen psychischen Störungen wäre eine *multimodale Diagnostik* (vgl. Stieglitz & Rösler, 2006) wünschenswert. Darin wird u. a. unterschieden zwischen verschiedenen Datenebenen und Datenquellen. In Bezug auf Datenebenen ist vor allem die Differenzierung zwischen der psychologischen und der biologischen *Datenebene* in Bezug auf ADHS von Relevanz. Die Bedeutung der *psychologischen Datenebene* ist unbestritten. Die darin abgebildeten Bereiche Erleben, Verhalten und Leistung sind für das ADHS zentral und werden in den meisten Verfahren differenziert abgebildet. Bezüglich der Leistung wird immer wieder diskutiert, inwieweit eine spezielle neuropsychologische Diagnostik einen eigenständigen Beitrag zur Diagnose leisten kann. Beim gegenwärtigen Wissensstand wird der neuropsychologischen Untersuchung im Rahmen des diagnostischen Prozesses gemäß den Vorgaben evidenzbasierter Leitlinien nur ein begrenzter Stellenwert zuerkannt (NICE, 2013). Zur exakten Quantifizierung der kognitiven Störungen und deren Beobachtung im Verlauf sind neuropsychologische Verfahren indessen gut geeignet (Philipp-Wiegmann, Retz-Junginger, Retz & Rösler, 2012). Auch der Stellenwert der *biologischen Datenebene* ist ähnlich einzuschätzen. Vielfältige Bemühungen im Bereich der Forschung mit genetischen und bildgebenden Methoden haben interessante Befunde zu Tage gefördert und zur Formulierung neurobiologischer Modelle der ADHS geführt, jedoch sind diese Befunde für die Einzelfalldiagnostik meist wenig ergiebig, weil es in der Regel bei diesen Parametern um Gruppenunterschiede geht mit breiten Überlappungsbereichen, die eine klassifikatorische Zuordnung des individuellen Falles vielfach nicht zulassen (Freitag, Rohde, Lempp & Romanos, 2010; Schneider, Retz, Coogan, Thome & Rösler, 2006). Mit Blick auf das Fehlen eines neuropsychologischen oder biologischen Verfahrens bleibt ADHS daher eine klinische Diagnose. Hinsichtlich der *Datenquellen* haben sich Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren als Standard etabliert (vgl. Stieglitz, 2012).

Diagnostischer Prozess

In Stieglitz und Rösler (2006) wurden bereits die verschiedenen Aspekte diskutiert, die im diagnostischen Prozess von Bedeutung sind. An dieser Stelle sollen ein etwas anderer Blickwinkel vorgestellt und die dortigen Überlegungen weiter ausdifferenziert werden, wie sie in Abbildung 1 skizziert sind.

Aufgrund der Anamnese und der bisherigen Krankengeschichte bzw. des Einsatzes eines Screeningverfahrens könnte sich ein ADHS-Verdacht ergeben. Zur Evaluation der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 bzw. DSM-IV/-5 können strukturierte Interviews oder Checklisten wichtige Hilfestellung leisten. Lässt sich die Diagnose nicht bestätigen, sind die bereits oben erwähnten diffe-

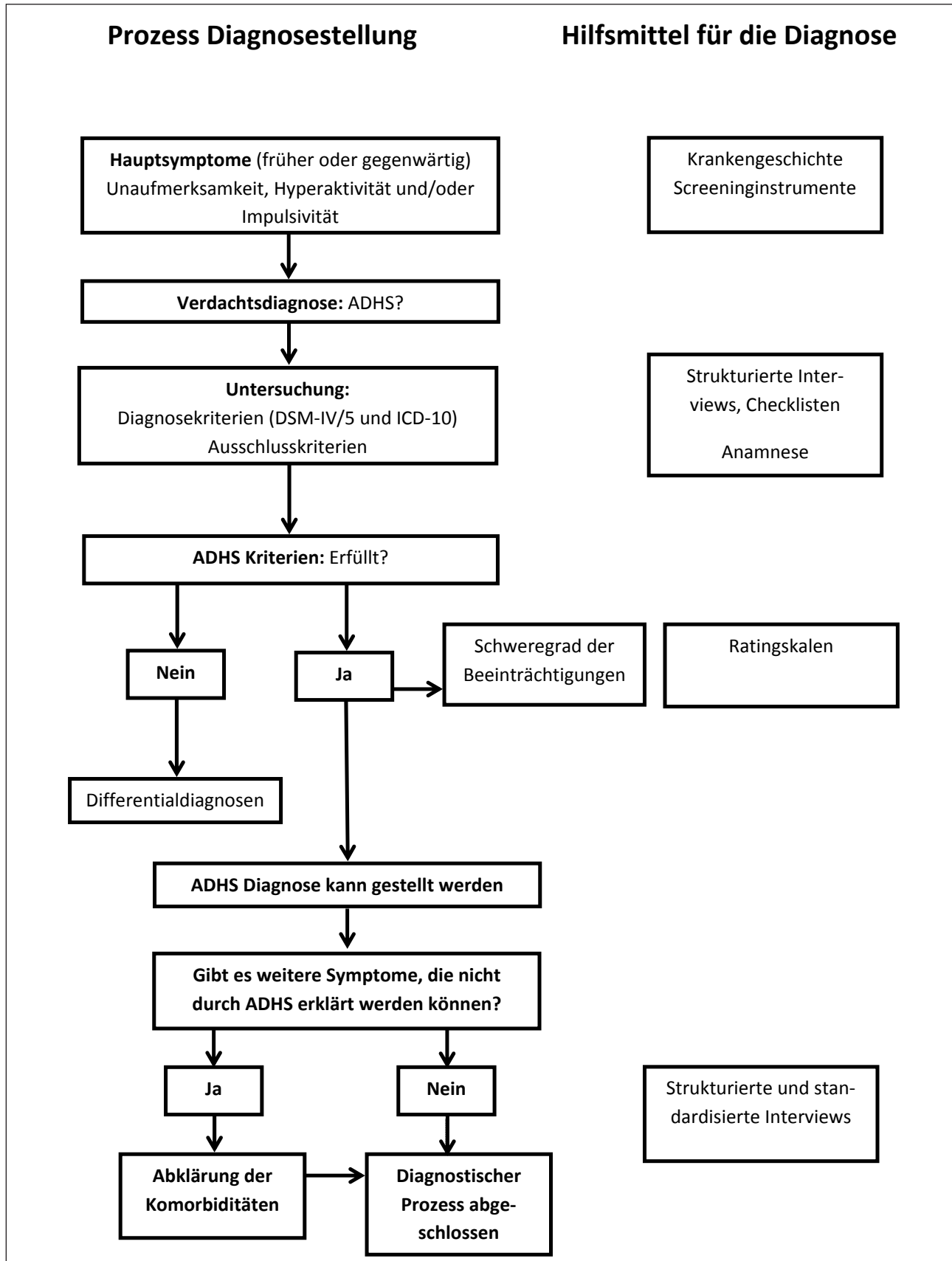


Abbildung 1. Diagnostischer Prozess beim ADHS.

Ebene 1	kategoriale Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-IV/-5 z.B. mittels strukturierter Interviews		
Ebene 2	Globalbewertung z.B. mittels CGI oder GAF	Allgemeine Psychopathologie z.B. mittels SCL-90R	Allgemeine Aspekte der Persönlichkeit z.B. mittels PSSI
Ebene 3	Beeinträchtigung z.B. mittels Sheehan-Skala	Lebensqualität z.B. mittels SF-36	
Ebene 4	Therapiebezogene, spezifische Diagnostik z.B. kognitiv-verhaltenstherapeutische Diagnostik		

Abbildung 2. Diagnostik im Rahmen der ADHS im Erwachsenenalter.

rentialdiagnostischen Überlegungen anzustellen (z.B. um die Symptomatik im Rahmen einer Borderline Persönlichkeitsstörung besser erklären zu können). Bestätigt sich die Diagnose, gilt es den Schweregrad der Symptomatik zu quantifizieren. Dies ist insofern wichtig, da eine kategoriale Diagnose lediglich einen Hinweis auf die Diagnose gibt, nicht jedoch wie schwer die Problematik sich im Einzelfall manifestiert. Dies können nur Rating-skalen leisten.

Weiterhin von Bedeutung ist abzuklären, ob weitere Symptome vorliegen, die nicht zum ADHS-Bild gehören, d.h. es gilt die Komorbidität zu prüfen, wozu gleichfalls verschiedene strukturierte und standardisierte Interviews zur Verfügung stehen (vgl. Stieglitz, 2008). Erst dann kann der diagnostische Prozess mit dem Ziel der Diagnose(n)findung als abgeschlossen angesehen werden.

Für die *Therapieplanung* reicht dies jedoch nicht aus, ebenso wenig für eine differenzierte Beschreibung der Gesamtsituation des Patienten. Hierzu bieten sich die in Abbildung 2 differenzierten Ebenen an. Auf der Ebene 1 wäre die eben skizzierte klassifikatorische Diagnostik anzusiedeln. Auf der Ebene 2 geht es dann um die Einschätzung der Gesamtproblematik inkl. der weiteren Psychopathologie. Trotz einer hohen Komorbidität mit anderen Störungen wiesen viele Patienten auch Beschwerden auf syndromaler Ebene auf (z.B. Depressivität, Ängstlichkeit). Inwieweit Aspekte der Persönlichkeit zu beachten sind, muss im Einzelfall entschieden werden. Speziell bei ADHS scheinen Aspekte, die mit Impulsivität zu tun haben, wichtig. Eine zusätzliche Quantifizierung der Beeinträchtigungen ist wichtig, wie gleichermassen die Quantifizierung der Lebensqualität, wie sie Ebene 3 darstellt. Beides kann am Therapieende auch als Erfolgsindikator der Behandlung genutzt werden. Auf der Ebene 4 geht es dann um die therapiebezogene, spezifische Diagnostik. Da bisher nur Verfahren aus dem Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie ihre Wirksamkeit gezeigt haben, sind entsprechende diagnostische Verfahren einzusetzen, wie sie auch in den meisten Therapiemanualen enthalten sind.

Instrumente zur ADHS-Diagnostik im Erwachsenenalter

Bisherige Instrumente

Von Stieglitz und Rösler (2006) wurde eine Übersicht deutschsprachiger Verfahren vorgelegt. Es konnte dabei nur auf wenige Instrumente verwiesen werden, die zudem bis dahin nur in Fachzeitschriften erschienen waren und heute z.T. in Weiterentwicklung in den Homburger ADHS Skalen (HASE; Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz, 2008) enthalten sind (vgl. Tabelle 1). Erwähnt wurde bereits damals die ASRS, der heute auch in zwei Instrumenten enthalten ist (IDA, KATE; vgl. Tabelle 2). Bereits damals wurde darauf verwiesen, sich nicht nur auf die Erfassung der klassischen ADHS-Symptomatik mit Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität zu beschränken. Speziell im Erwachsenenalter kommt z.B. der Erfassung der inneren Unruhe als ergänzendes Phänomen zur Hyperaktivität sowie der emotionalen Dysregulation eine wichtige Rolle zu.

Neue Instrumente

Seit der Arbeit von Stieglitz und Rösler (2006) sind eine Reihe neuer Verfahren erschienen (vgl. Tabelle 1).

Für alle Verfahren liegen z.T. umfangreiche *psychometrische Überprüfungen* vor. Reliabilitätsüberprüfungen wurden bei allen Verfahren durchgeführt. Diese bezogen sich durchweg auf die Innere Konsistenz (meist nach Cronbach's α) sowie die Retest-Reliabilität in Bezug auf die Stabilität. Bei Fremdbeurteilungsverfahren wurde zudem die Interrater-Reliabilität bestimmt (HASE: WRI; CAARS). Die Ergebnisse sind bis auf wenige Ausnahmen als befriedigend bis gut zu bewerten, z.T. sehr gut.

Validitätsüberprüfungen sind ebenfalls bei allen Verfahren Gegenstand zahlreicher Studien gewesen. Diese zentrierten sich bei allen um die konvergente und diskriminante Validität sowie Gruppenvergleiche, bei einigen Verfahren wurden zudem Dimensionsanalysen (meist Faktorenanalyse)

Tabelle 1

Deutschsprachige Verfahren zur ADHS-Diagnostik: Übersicht

Verfahren	Abk.	Autoren	Aufbau	Verfahrens-Gruppe ¹⁾
Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene	HASE	Rösler et al. (2008)	– Wender Utah Rating Skala (WURS-K; 21 + 4 Items) – Wender-Reimherr-Interview (WRI; 33 Items) – ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB; 22 Items) – Diagnostische Checkliste zur ADHS (ADHS-CL; 22 Items) – Checkliste komorbider Störungen (22 Items)	S F S F F
ADHS-Screening für Erwachsene	ADHS-E	Schmidt & Petermann (2013)	– Kernscreening (ADHS-E; 25 Items) – Fragebogen Langform (ADHS-LE; 65 Items) – Substanzmittelscreening (15 Items)	S S S
Integrierte Diagnose für ADHS im Erwachsenenalter	IDA	Retz, Retz-Junginger, Römer & Rösler (2013), Retz, Retz-Junginger & Rösler (2013)	– Screening Test ASRS V1.1 (6 Items) – Interview nach DSM-IV (mit Diagnosenalgorithmus; 18 Fragen nach DSM-IV)	S F
Kölner ADHS-Test für Erwachsene	KATE	Lauth & Minsel (2014)	– Allgemeiner Erfassungsbogen (6 Items) – Verhaltensmerkmale der ADHS nach DSM-IV-TR (18 Items) – Selbstbeurteilung von Hinweisen auf ADHS (6 Items) – Fragebogen zu den «Exekutiven Funktionen» (39 Items) – Fragebogen zum Funktionsniveau (10 Items)	S S S S S
Conners Skalen zur Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene	CAARS	Christiansen, Hirsch, Abdel-Hamid & Kiss (2014)	– CAARS Langversion: Selbstbeurteilung (CAARS-L SB; 66 Items) – CAARS Langversion: Fremdbeurteilung (CAARS-L FB; 66 Items) – CAARS Kurzversion: Selbstbeurteilung (CAARS-K SB; 26 Items) – CAARS Kurzversion: Fremdbeurteilung (CAARS-K FB; 26 Items) – CAARS Screening-Version: Selbstbeurteilung (CAARS-S SB; 30 Items) – CAARS Screening-Version: Fremdbeurteilung (CAARS-S FB; 30 Items)	S F S F S F

Anmerkungen: S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren

lysen) durchgeführt. Auch für diesen Aspekt der Güte eines Verfahrens sind die Ergebnisse gesamthaft als günstig anzusehen. Eine psychometrische Absicherung kann als eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für den praktischen Einsatz angesehen werden (Frage der

klinischen Nützlichkeit). Von daher einige Anmerkungen hierzu, wie sie auch in Tabelle 2 enthalten sind.

Wie bereits erwähnt, stellen *Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren* die im klinischen Bereich häufigsten Verfahrensgruppen dar, zu letzteren werden z.T. auch Inter-

Tabelle 2

Deutschsprachige Verfahren zur ADHS-Diagnostik: Praxisrelevante Kennzeichen

Abk.	Indikation	Auswertung	Normierung	Interpretationshinweise
HASE	Diagnose nach ICD-10/DSM-IV bzw. P. Wender; Schweregrad-einschätzungen der Symptomatik (WRI, ADHS-CL: auch Verlauf)	Per Hand durch Aufsummierung der Items bzw. Anwendung des Diagnosealgorithmus nach DSM-IV	nein, jedoch Cut-Off-Werte bzw. Referenzwerte; DSM-IV/ICD-10 Algorithmus	ja, mehrere Auswertungsbeispiele
ADHS-E	Bei Verdacht auf ADHS; Teil des diagnostischen Prozesses, Screening von ADHS und Erfassung des Schweregrades der Beeinträchtigung	Aufsummierung der Itemwerte (Gesamtwert wie Subskalen)	T-Werte bzw. Prozentränge	ja; orientiert an T-Werten ($T \geq 60$; auffällig, $T \geq 70$ klinisch relevant); Profildarstellungen
IDA	Screening; Diagnose ADHS	DSM-IV Algorithmus	nein, da kategoriale Diagnostik	nicht notwendig, da kategoriale Diagnostik (Diagnose ja/nein)
KATE	Screening; Funktionsniveau (Querschnitt und Verlauf); ADHS-Diagnose, exekutive Funktionen	Per Hand Aufsummierung der Itemwerte	Cut-Off-Werte bzw. Prozentränge und Referenzwerte	nur für ASRS
CAARS	Screening, Schweregrad (Querschnitt und Verlauf)	Per Hand anhand der Durchschlagbögen; Zusatzauswertungen möglich z. B. Konsistenzindex	T-Werte und Prozentränge	Vielzahl von Beispielen, Profildarstellungen

views gezählt, da sie ebenfalls durch trainierte Untersucher angewendet werden. Rein auf Selbstbeurteilungsverfahren basiert der ADHS-E, rein auf Fremdbeurteilung die IDA, wenn man den Screener ASRS V1.1 nicht berücksichtigt. Alle anderen Instrumente enthalten beide Verfahrensgruppen (HASE, KATE, CAARS).

Einige der hier aufgeführten Verfahren wurden zunächst aus dem Anglo-Amerikanischen übersetzt und dann einer psychometrischen Analyse an deutschsprachigen Stichproben unterzogen. So stellt die CAARS die vollständige Adaptation der anglo-amerikanischen Originalversion dar. Im HASE wurde das WRI übersetzt. Im KATE wurde ebenfalls eine englischsprachige Version zu den Exekutivfunktionen übersetzt. Alle anderen Verfahren sind originär deutschsprachige Versionen.

Versucht man den *Anwendungsbereich* der Verfahren zu skizzieren, so kann man neben Unterschieden auch Gemeinsamkeiten erkennen. Explizit zum *Screening* eignen sich IDA und KATE, die beide die international weit verbreiteten ASRS V1.1 enthalten. Es handelt sich dabei um das offizielle Instrument der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Screening, was auch frei im Internet erhältlich ist. Zu diesem Instrument gibt es zwischenzeitlich eine Vielzahl von Studien, die die Qualität des Verfahrens belegen (z. B. Buchli-Kammermann, Corbisiero & Stieglitz, 2011). Auch im ADHS-E und in der CAARS gibt es entsprechende Screeningverfahren, für letztere auch in einer Fremdbeurteilungsversion.

Explizit zur *Diagnosestellung* eignen sich IDA und die ADHS-CL aus dem HASE. Jedoch auch die anderen Verfahren können ihren Beitrag dazu leisten, vor allem wenn Normen existieren. Die Verfahren orientieren sich dabei am DSM-IV. Im HASE wird zudem mit dem WRI eine Diagnosestellung nach den Wender'schen-Kriterien angeboten, die eine andere Konzeptualisierung der Störung darstellt (neben den 3 Kernbereichen zusätzlich Temperament, Affektive Labilität, Emotionale Überreagibilität sowie Desorganisation).

Zur *Quantifizierung der Symptomatik* dienen alle Verfahren. Daneben weisen einige Verfahren *Besonderheiten* auf. Im HASE gibt es mit dem WURS-K eine Skala zur expliziten Erfassung der frühkindlichen Symptomatik (Alter 8–10 Jahre) sowie Verlaufsversionen für die ADHS-CL und das WRI. Ebenso existiert noch eine Checkliste für komorbide Störungen. Im ADHS-E existiert eine Skala zum Substanzmittelscreening. KATE erfasst zusätzlich mit zwei Skalen die exekutiven Funktionen und das Funktionsniveau. IDA existiert auch in einer computerisierten Form auf CD und ist beim Zweitautor erhältlich. Die CAARS bietet differenzierte Auswerte- und Profildbögen an.

Versucht man eine kurze Einschätzung der spezifischen *Stärken der einzelnen Verfahren*, so kann man mit HASE das ganze Spektrum relevanter Informationen erfassen. Mit KATE werden klinisch relevante Randbereiche über die reine Diagnose erfasst. IDA ermöglicht eine gute Diagnosestellung mittels eines einfachen Algorithmus. Die CAARS ist eine der international etabliertesten Verfahren

zur Schweregradeinschätzung. Die ADHS-E berücksichtigt auch den Substanzgebrauch.

Der *Zeitaufwand* der einzelnen Verfahren ist, wenn sie sich auf die DSM-Kriterien beziehen, etwa vergleichbar. Da alle Verfahren separat und unabhängig von anderen einsetzbar sind, kann der Aufwand in Abhängigkeit vom Assessmentziel variieren.

Der Vollständigkeit halber erwähnt seien noch einige Verfahren, die in den letzten Jahren mit dem Ziel der klassifikatorischen Diagnostik der ADHS entwickelt wurden. Diese existieren jedoch noch nicht bzw. lediglich in nicht-offiziellen, nicht autorisierten deutschsprachigen Versionen. Es handelt sich durchweg um Interviews mit dem Ziel der Diagnosestellung:

- Conners'Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID; Eppstein, Johnson & Conners, 2001)
- DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for ADHD in adults; Kooij, 2012)
- Composite Internationale Diagnostic Interview (CIDI; Modul ADHD; Kessler & Üstün, 2004).

Fazit und Perspektiven

Zur Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter stehen dem Anwender mehrere auch im deutschsprachigen Raum gut überprüfte Verfahren zur Verfügung, die z. T. spezifische Anwendungsbereiche haben. Bei den meisten Verfahren bestehen jedoch mehr oder weniger grosse Überschneidungen. Damit ist der Anwender heute nicht mehr auf übersetzte englischsprachige Verfahren mit unklarer psychometrischer Qualität angewiesen. Übersetzungen mit anschließender Validierung und Normierung sollten daher zukünftig nur noch dann vorgenommen werden, wenn mit den hier vorgestellten Verfahren spezielle, bisher nicht abgedeckte Bereiche erfasst werden. Es ist jedoch nochmals zu betonen, dass die Verfahren alleine nicht zu einer Diagnosestellung berechtigen. Der allgemein akzeptierte Standard ist immer noch die klinische Diagnose, wozu die Instrumente wichtige Bausteine liefern.

An die Forschung wäre der Wunsch zu richten, eine Standardtestbatterie vorzuschlagen, wie es bereits verschiedentlich für den Bereich der Psychotherapie versucht wurde. Dies wäre für die Vereinheitlichung von Studien wie auch für den Praktiker hilfreich. Diese sollten auch mit in die Leitlinienentwicklung zur Diagnostik und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter einfließen. Dies wurde bereits von Stieglitz und Rösler (2006) als Defizit aufgeführt. Die anderen beiden erwähnten Defizite in der Diagnostik können als gelöst bzw. reduziert angesehen werden. Bei einigen Verfahren wird die Veränderungs- oder Verlaufsdagnostik als Indikationsbereich genannt (vgl. z. B. HASE). Hier bedarf es jedoch weiterführender Untersuchungen (Stieglitz & Hiller, 2014). Für die Interpretationen sind vor allem Normen notwendig. Bei einigen Verfahren liegen diese vor, bei anderen gibt es zumindest Cut-Off-Werte oder Referenzwerte. Für alle Instrumente

ist es zwingend nötig, möglichst bald eine Adaptierung an die sprachlich leicht modifizierten Kriterien des DSM-5 vorzunehmen, auch die Einbeziehung von ICD-11, die jedoch vermutlich erst 2017 erscheinen wird, gilt es zu berücksichtigen.

Literatur

- Able, S., Johnstone, J., Adler, L. & Swindle, R. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine*, 37, 97–107.
- Barkley, R. A. (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. Boston: Jones and Bartlett.
- Buchli-Kammermann, J., Corbisiero, S. & Stieglitz, R.-D. (2011). Screening der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter: Validierung der deutschen Version der ASRS-v1.1. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 219–234.
- Christiansen, H., Hirsch, O., Abdel-Hamid, M. & Kiss, B. (2014). *CAARS. Conners Skalen zur Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene*. Bern: Huber.
- de Zwaan, M., Gruss, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., ... Philipsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 79–86.
- Eich-Höchli, D., Seifritz, E. & Eich, P. (2015). Pharmakotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter: Eine Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63, 15–24.
- Eppstein, J., Johnson, D. & Conners, C. (2001). *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)*. New York: MHS.
- Freitag, C., Rohde, L., Lempp, T. & Romanos, M. (2010). Phenotypic and measurements influences on heritability estimates in childhood ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 311–323.
- Hoxhaj, E. & Philipsen, A. (2015). Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter: Eine Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63, 25–31.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Demler, O., ... Zaslavsky, A. (2005). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716–723.
- Kessler, R. C. & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93–121.
- Kooij, J. J. S. (2012). *Adult ADHD. Diagnostic assessment and treatment* (3rd ed). Berlin: Springer.
- Lauth, G. W. & Minsel, W.-R. (2014). *KATE. Kölner ADHS-Test für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- NICE (2013). *National Clinical Practice Guide Line 72: Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, adolescents and adults*. Online unter: <http://www.nice.org.uk/>.
- Philipp-Wiegmann, F., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Rösler, M. (2012). Neuropsychologische Befunde zur ADHS im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 23, 215–224.
- Retz, W., Retz-Junginger, P., Römer, K. & Rösler, M. (2013). Standardisierte psychopathologische Rating Skalen für die Diagnose der ADHS bei Erwachsenen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 81, 381–389.
- Retz, W., Retz-Junginger, P. & Rösler, M. (2012). *IDA. Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter*. Homburg/Saar: Universitätsklinik des Saarlandes, Neurozentrum.
- Rösler, M. & Retz, W. (2008). Diagnose, Differentialdiagnose und komorbide Leiden bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) im Erwachsenenalter. *Psychotherapie*, 13, 175–183.
- Rösler, M., Retz, W., Thome, J., Schneider, M., Stieglitz, R.-D. & Falkai, P. (2006). Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265, 3–11.
- Rösler, M., Retz-Junginger, P., Retz, W. & Stieglitz, R.-D. (2008). *HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2013). *ADHS-E. ADHS-Screening für Erwachsene* (2. Aufl.). Frankfurt a.M.: Pearson Assessment.
- Schneider, M., Retz, W., Coogan, A., Thome, J. & Rösler, M. (2006). Anatomical and functional imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) – A neurological view. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 32–41.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22–33.
- Stein, M. A. (2008). Impairment associated with adult ADHD. *CNS Spectrums*, 13, 9–11.
- Stieglitz, R.-D. (2008). *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stieglitz, R.-D. (2012). Psychiatrische Ratingskalen in der Routinediagnostik. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 6, 177–190.
- Stieglitz, R.-D. & Hiller, W. (2014). Strategien und Instrumente der Veränderungsmessung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62, 101–111.
- Stieglitz, R.-D. & Rösler, M. (2006). Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 87–98.

Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz

Universitäre Psychiatrische Klinik (UPK) Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4012 Basel
Schweiz

rolf-dieter.stieglitz@upkbs.ch