

Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung von ADHS bei komorbiden, substanzbezogenen Störungen

Stellungnahme der Gemeinsamen Suchtkommission der Deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände

Martin Holtmann¹ , Marianne Klein², Thomas Krömer³, Peter Melchers⁴, Olaf Reis^{5,6}, Gisela Schimansky⁷, Angela Wenzel⁸ und Rainer Thomasius⁹

¹ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, Deutschland

³ Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Hamburg, Deutschland

⁴ Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kreiskliniken Gummersbach-Waldbröl GmbH, Klinikum Oberberg, Deutschland

⁵ Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Universitätsmedizin Rostock, Deutschland

⁶ Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ), Partner Greifswald/Rostock, Rostock, Deutschland

⁷ Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hannover, Deutschland

⁸ Dietrich-Bonhoeffer-Klinik gGmbH, Großenkneten-Ahlhorn, Deutschland

⁹ Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der Konsum psychoaktiver Substanzen treten bei Jugendlichen häufig gemeinsam auf. In den verfügbaren Leitlinien wird die Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und komorbider SUD nur wenig berücksichtigt. *Methodik:* Die Gemeinsame Suchtkommission der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände hat eine Stellungnahme mit konkreten Behandlungsempfehlungen erarbeitet. Sie soll Orientierung im Sinne eines Best Practice-Vorgehens geben. *Ergebnisse:* Eine frühe Behandlung mit Stimulanzien bei Jugendlichen mit ADHS und SUD kann das Risiko für die spätere Entwicklung einer SUD verringern. Trotz ihrer nachweislichen Wirksamkeit muss ein mögliches Missbrauchspotenzial der Stimulanzien berücksichtigt werden. Um das Missbrauchspotenzial zu minimieren, werden lang wirkende bzw. retardierte Zubereitungsformen von Stimulanzien und Nicht-Stimulanzien empfohlen. Es ist wichtig, die spezifische SUD und deren Behandlung bei der Verschreibung von Stimulanzien zu berücksichtigen. *Schlussfolgerungen:* Trotz Bedenken wird der Einsatz von Stimulanzien bei Patienten mit komorbider ADHS und SUD grundsätzlich empfohlen, auch wenn in jedem Einzelfall eine sorgfältige Abwägung notwendig ist, da die Vorteile einer frühzeitigen gleichzeitigen Behandlung überwiegen. Zudem sind eine sorgfältige Überwachung und therapeutisches Monitoring unerlässlich.

Schlüsselwörter: ADHS, Substanzgebrauchsstörung, Komorbidität, Jugendliche, Psychostimulanzien

Recommendations for the Medical Treatment of ADHD in Comorbid, Substance-Related Disorders: Statement of the Joint Addiction Commission of the German Child and Adolescent Psychiatric Society and Associations

Abstract: *Objective:* Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorder (SUD) often occur together in adolescents. The available guidelines give the group of children and adolescents with ADHD and comorbid SUD little consideration. *Method:* The Joint Addiction Commission of the German Child and Adolescent Psychiatric Society and Associations has drawn up a statement with treatment recommendations intended to provide orientation as a best-practice approach. *Results:* Early treatment with stimulants in adolescents with ADHD and SUD may reduce the risk of later developing SUD. Despite

their proven effectiveness, the stimulants have a possible potential for abuse that must be taken into account. Long-acting or sustained-release forms of preparation of stimulants and nonstimulants are recommended to minimize the potential for abuse. It is essential to consider specific SUD and its treatment when prescribing stimulants. *Conclusions:* Despite existing concerns, the advantages of early concomitant treatment outweigh the disadvantages, so the use of stimulants is generally recommended in patients with comorbid ADHD and SUD, although careful consideration is necessary in each individual case. In addition, careful monitoring and therapeutic monitoring are essential.

Keywords: ADHD, substance use disorder, comorbidity, adolescents, psychostimulants

Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG-KJPP) und den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)

Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen (substanzbezogene Störungen, SUD) treten bei Jugendlichen häufig gemeinsam auf (Özgen et al., 2021; Wilens & Morrison, 2012). Umgekehrt weist fast jeder vierte Patient, der Behandlung für eine substanzbezogene Störungen sucht, gleichzeitig eine ADHS auf (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2012). Das komorbide Vorkommen von ADHS und SUD erschwert das Screening und die Diagnostik. Betroffene erhalten oft eine unzureichende Behandlung oder der Verlauf der Behandlung ist nicht zufriedenstellend.

In den verfügbaren Leitlinien zu ADHS wird die Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit komorbider SUD bisher nur wenig berücksichtigt (für einen Überblick siehe Özgen et al. 2021, 2022; vgl. DGKJP et al., 2017). Gleichwohl zeigt die klinische Praxis, dass die Behandlung der ADHS sich positiv auch auf das Behandlungsergebnis der SUD auswirken kann. Um eindeutige evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen zu rechtfertigen, ist die Forschung über die Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen mit ADHS und begleitender SUD aktuell nicht ausreichend und die Ergebnisse der wenigen verfügbaren Studien in dieser speziellen Gruppe sind nicht aussagekräftig genug.

Dennoch bedarf es einer Orientierung für die Begleitung und Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Zu diesem Zweck führte eine Gruppe von Klinikern und Wissenschaftlern (International Collaboration on ADHD and Substance Abuse, ICASA) einen Konsensusprozess mit einer großen multidisziplinären internationalen Expertengruppe auf der Grundlage wissenschaftlicher

und klinischer Evidenz durch. Die Expert_innen wurden u. a. gebeten, Aussagen zu Screening, Diagnostik und Behandlung für Jugendliche mit gleichzeitiger ADHS und SUD zu bewerten. Die Ergebnisse wurden als Handlungsempfehlung im Sinne eines Expertenkonsenses veröffentlicht und ins Deutsche übersetzt (Özgen et al., 2022).

Bei 36 von 37 Empfehlungen bestanden einheitliche Einschätzungen zum bestmöglichen Vorgehen in der klinischen Praxis. Uneinig waren sich die Experten lediglich zur Frage, inwieweit die medikamentöse Behandlung der ADHS mit Stimulanzien erst nach Erreichen einer Abstinenz bzw. deutlicher Reduktion des Substanzmittelkonsums initiiert werden sollte. Hierzu wurde aufgeführt: „Vor Beginn der Pharmakotherapie mit Stimulanzien bei Jugendlichen mit gleichzeitiger ADHS und SUD ist es wichtig, dass die Jugendlichen abstinent sind oder ihren Suchtmittelkonsum reduziert haben. Ist dies nicht der Fall, sollte die behandelnde Person eine Pharmakotherapie ohne Stimulanzien in Betracht ziehen (z. B. Atomoxetin, Guanfacin oder Bupropion).“ (Özgen et al., 2022).

Mögliche Gründe für den Mangel an Übereinstimmung werden in der Konsenserklärung diskutiert: „Einige Expert_innen zogen es vor, die potenziellen Risiken zu minimieren, indem sie eine strikte Abstinenz als Voraussetzung für die Pharmakotherapie forderten, während andere befürchteten, dass eine strikte Forderung von Abstinenz eine große Gruppe von Patient_innen von einer wirksamen Behandlung ausschließen würde. Einige andere Expert_innen waren gegen die Verwendung von Psychostimulanzien bei diesen Patient_innen insgesamt (d. h. unabhängig davon, ob Patient_innen zu Beginn einer solchen Behandlung abstinent waren), hauptsächlich wegen des Risikos von Missbrauch und/oder unzuverlässiger Einnahme. Schließlich waren einige Expert_innen strikt gegen die Verwendung von Bupropion als Alternative zu Stimulanzien bei nicht abstinenten Patient_innen, hauptsächlich aufgrund fehlender Wirksamkeitsbelege und des Risikos von durch Bupropion induzierten Krampfanfällen. Es ist wichtig zu betonen, dass die bestehenden nationalen Behandlungsleitlinien zur Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen ähnliche Meinungsverschiedenheiten in diesen Fragen aufweisen.“ (Özgen et al., 2022).

Gerade die Frage der Verantwortbarkeit einer medikamentösen Behandlung von ADHS bei komorbider SUD ist

von großer praktischer Relevanz. Das Gleiche gilt für die Frage der Notwendigkeit von Abstinenz oder reduziertem bzw. stabilisiertem Substanzgebrauch vor der Verschreibung von Stimulanzien an Jugendliche mit ADHS und begleitenden substanzbezogenen Störungen. Ein Aufschieben der medikamentösen Behandlung bis zum Erreichen einer Abstinenz kann insbesondere bei jüngeren Patienten und Patientinnen letztlich zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation führen, bei dem der Verlust des/der Jugendlichen aus dem Helfersystem droht.

Ole (16) hat die letzten vier Monate in einer suchtspezifischen tagesklinischen Behandlung verbracht. Neben einer substanzbezogenen Störung wurde bei ihm eine ADHS diagnostiziert, weswegen er leitliniengerecht auf Stimulanzien eingestellt wurde. Er hat seine Therapie erfolgreich absolviert und konnte seine Drogenfreiheit auch in den zahlreichen Drogentests im Rahmen der Behandlung belegen. Ambulant hat er jedoch Schwierigkeiten mit der Weiterverordnungsmedikation: weder seine Kinderärztin noch sein Kinder- und Jugendpsychiater sind aus Sorge vor missbräuchlicher Verwendung bereit, ihm die Stimulanzien weiter zu verschreiben.

Die Frage des Vorgehens bei der Behandlung und des bestmöglichen Zeitpunkts einer im Bedarfsfall indizierten Stimulanzientherapie ist in der klinischen Praxis häufig und allgegenwärtig. Im Auftrag der Vorstände der DGKJP, der BAG-KJPP und des BKJPP haben die Mitglieder der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände daher eine Stellungnahme mit Fragen und Antworten sowie konkreten Behandlungsempfehlungen zu diesen komplexen und strittigen Fragen erarbeitet. Sie soll den klinisch tätigen Behandlerinnen und Behandlern als Orientierung und Handlungsempfehlung im Sinne eines Best Practice-Vorgehens trotz uneinheitlicher und unübersichtlicher Datenlage geben.

Die in der Konsenserklärung aufgeführten Empfehlungen zu Screening, Diagnostik und psychosozialen Behandlungsoptionen werden vonseiten der Suchtkommission ohne Einschränkungen befürwortet und sollten beachtet werden. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass zur Frage der medikamentösen Behandlung der ADHS bei komorbider SUD auch in der Kommission Diskussionsbedarf bestand. Die Stellungnahme entstand daher in einem iterativen, lebhaften Diskussionsprozess, der letztlich zu von allen Mitgliedern mitgetragenen klinischen Konsenspunkten führte.

Die folgenden Empfehlungen müssen an den Einzelfall angepasst werden und sind als „erster Aufschlag“ zu betrachten. Sie ersetzen keine Leitlinien, sondern beruhen im Wesentlichen auf den klinischen Erfahrungen der Autorinnen und Autoren, die dann von den Vorständen der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände konsentiert wurden.

Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung von ADHS bei komorbiden, substanzbezogenen Störungen

Die Behandlung von ADHS mit oder ohne gleichzeitig bestehender Substanzgebrauchsstörung erfordert einen multidisziplinären Ansatz, der psychosoziale Maßnahmen und Medikamente integriert. Psychotherapie wird immer empfohlen, oft in Verbindung mit Medikamenten. Psychoedukation, motivierende Gesprächsführung und kognitive Verhaltenstherapie gehören zu den nützlichsten Interventionsstrategien bei ADHS und gleichzeitiger Substanzgebrauchsstörung (SUD). Ein angemessener Behandlungsplan muss den Verlauf und die Schwere beider Störungen, die Anzahl der verwendeten Substanzen, das Vorhandensein von Entzugssymptomen, die Stabilität der ADHS-Symptome während längerer Abstinenzphasen und das Auftreten anderer komorbider psychiatrischer Störungen berücksichtigen.

Für die Erarbeitung der Empfehlungen erwies es sich als hilfreich, diese entlang des Behandlungsprozesses zu strukturieren, der hierfür in vier Phasen unterteilt wird:

1. *Eintritt in das medizinische Hilfesystem*, der fast immer im ambulanten Setting stattfindet, insbesondere in Praxen oder psychiatrischen Institutsambulanzen.
2. *Akut-Phase des stationären Aufenthaltes*, die sich auf die Behandlung von Entzugserscheinungen konzentriert. Das Behandlungsziel dieser Phase ist eine qualifizierte Entzugsbehandlung (QE). Zu den Anforderungen an die QE hat die Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und Verbände bereits eine Stellungnahme publiziert (Thomasius et al., 2016).
3. *Weiterführung des stationären Aufenthaltes* nach Abklingen der Entzugssymptomatik, in der die Diagnostik und beginnende Behandlung der komorbiden Störungen erfolgt.
4. *Poststationäre Phase*, in der die Patienten ambulant, tagesklinisch oder rehabilitativ nachbetreut werden.

Diagnostik der ADHS, zusätzlicher komorbider psychischer Störung und der substanzbezogenen Störungen

Wichtigste Voraussetzung für eine Medikation mit Stimulanzien ist eine aktuell medikamentös behandlungsbedürftige ADHS. Mitunter sind die Kinder- und Jugendpsy-

chiaterinnen gut beraten zu prüfen, ob die ADHS-Diagnose im Vorfeld leitliniengerecht gestellt wurde und noch aktuell ist, insbesondere, wenn der Patient ihnen noch nicht bekannt war und weder Arztbriefe noch andere Befunde zur Verfügung stehen. Es ist daher durchaus möglich, dass Kriterien für eine ADHS-Diagnose im Verlauf der Suchtbehandlung entweder nicht (mehr) erfüllt sind oder die ADHS-Symptomatik sich als nicht medikamentös behandlungsbedürftig herausstellt. In diesen Fällen gelten die folgenden Empfehlungen *nicht*.

Der 17-jährige Patrick kommt zur Aufnahme auf die Jugendsuchtstation. Im Aufnahmegespräch gibt er an, dass er überwiegend Cannabis konsumiert habe. In der Grundschule sei er wegen seines ADHS medikamentös behandelt worden. Arztberichte aus der damaligen Zeit könne er nicht vorweisen. Er sei davon überzeugt, dass er keine ADHS habe. Er wolle auch keine Medikamente mehr nehmen, da er ausschließlich „natürliche Substanzen“ zu sich nehme.

Als Bestandteil jeder ADHS-Diagnostik ab dem Alter von 12 Jahren wird eine mehrstufige Diagnostik substanzbezogener Störungen empfohlen. Anamnestisch können subjektiv als verbessert erlebte Konzentration und ein Rückgang motorischer Unruhe unter Cannabis ein Hinweis auf eine mögliche ADHS sein. Ähnliches gilt für die paradoxe Wirkung von Amphetaminen, wenn Jugendliche berichten, dass es unter dem Einfluss von Amphetaminen zu einer besseren Fokussierung und Verminderung der inneren Unruhe kam.

Zudem sollten folgende häufige komorbide Störungen *lege artis* abgeklärt werden: Störungen des Sozialverhaltens, posttraumatische Belastungsstörung, Angststörungen, Depression, IQ-Minderung und Teilleistungsstörungen (Basedow, Kuitunen-Paul, Roessner & Golub, 2020; Konrad et al., 2022). Grundsätzlich ist das Risiko für sämtliche psychische Störungen bei ADHS und Suchtanamnese erhöht, deshalb soll eine ausführliche Diagnostik einschließlich der Erstellung eines funktionalen Störungsmodells für die Gesamtsymptomatik zur diagnostischen Abklärung gehören. Auch die notwendige indizierte somatische Abklärung inklusive der Untersuchung auf sexuell übertragbare Erkrankungen ist notwendig.

Details für die Erhebung einer differenzierten Suchtanamnese lassen sich der Handreichung der Suchtkommission zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis entnehmen (Gemeinsame Suchtkommission, 2019).

Die therapeutische Beziehung soll so gestaltet werden, dass offen und authentisch *über* Themen wie bisherige Konsummuster, bisherige Compliance, emotionale Regu-

lation (Umgang mit Stress und Frustrationen), Funktionalität des Konsums, Schulerfahrungen und Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen etc. gesprochen werden kann. Auch *über* Momente des Scheiterns oder deviante Verhaltensweisen sollen die Patient_innen möglichst offen berichten können. Dazu gehören u.a. kriminelle Verhaltensweisen, intrafamiliäre Geheimnisse, Schulabsentismus oder soziale Abhängigkeiten. In den Gesprächen sollten die Behandler beachten, dass gerade jugendliche Patientinnen mit Substanzgebrauchsstörungen ihren Konsum oft nicht ausreichend reflektieren, bagatellisieren oder verbergen wollen.

Gibt es aus der Anamnese Hinweise auf substanzgebundene Störungen, erfolgt ein Labor-Screening für die angegebenen und ggf. weitere Substanzen. Dann erfolgt die Differenzialdiagnostik, um den schädlichen Gebrauch von der Abhängigkeit zu trennen.

Je nach gestellter Diagnose und Schweregrad erfolgt die Vermittlung des Patienten in ein geeignetes suchttherapeutisches Angebot (Beratungsstelle, Spezialambulanz, Klinik). Dabei sollte der/die Behandler_in *über* Fachkenntnisse in der Behandlung von Suchterkrankungen verfügen.

Vor der Entscheidung *über* eine Anwendung von Stimulanzien in der ADHS-Therapie bei bestehender Substanzgebrauchsstörung ist eine gute Kenntnis der individuellen Konstellation und Störungsgenese unerlässlich. Ein angemessener Behandlungsplan muss den Verlauf und die Schwere beider Störungen, die Anzahl und Art der verwendeten Substanzen, das Vorhandensein von Entzugssymptomen, die Stabilität der ADHS-Symptome während längerer Abstinenzphasen und das Auftreten anderer komorbider psychiatrischer Störungen berücksichtigen. Sind die Kriterien einer Substanzabhängigkeit nach ICD-11 erfüllt (außer Nikotin), ist in der Regel im Rahmen eines gestuften Vorgehens zunächst eine QE indiziert. Die Diagnostik und Behandlung der ADHS schließen sich daran an.

Keine Verwendung von Bupropion

Die 17-jährige Julia hat wegen ihrer depressiven Stimmungslage und anamnestisch deutlichen Hinweisen für eine ADHS bei polyvalentem Substanzkonsum vor einem Jahr ambulant Bupropion erhalten. Nach mehrmonatiger Abstinenz ist es zu einer Phase erneuten Drogenkonsums gekommen. Neben Cannabis konsumiert sie insbesondere an den Wochenenden Alkohol. Mehrfach wurde sie in den vergangenen Monaten wegen einer Alkoholvergiftung auf die pädiatrische Intensivstation aufgenommen. In der Vorstellung in der Suchtambulanz beklagt sie eine unzureichende Wirkung des Bupropions. Ihre Schulleistungen, insbesondere ihre Konzentrationsfähigkeit, hätten sich unter der bestehenden Medikation nicht gebessert.

Für Bupropion fehlen Wirksamkeitsbelege in der Behandlung von ADHS als Alternative zu Stimulanzien bei nicht abstinenten Patientinnen und Patienten. Das Risiko für induzierte Krampfanfälle ist erhöht (Rianprakaisang, Prather, Lin, Murray & Hendrickson, 2021), es zeigt sich eine höhere Rate von Behandlungsabbrüchen im Vergleich zu Stimulanzien (Stuhec, Munda, Svab & Locatelli, 2015), ferner ist Bupropion in Deutschland zur Behandlung der ADHS nicht zugelassen. *Ähnlich* wie von einigen Experten im Rahmen der internationalen Konsensuserklärung festgehalten (Özgen et al., 2022) und in *Übereinstimmung* mit der letzten verfügbaren Fassung der deutschen S3-Leitlinie zur Behandlung der ADHS (DGKJP et al., 2017) sprechen sich auch die Mitglieder der Suchtkommission gegen die Verwendung von Bupropion aus.

Phase 1: Eintritt in das Suchthilfesystem, meistens im ambulanten Setting (Praxen oder Institutsambulanz)

In der ersten Phase sollten bestimmte *Rahmenbedingungen für die Stimulanzienbehandlung* bei komorbiden, substanzbezogenen Störungen gegeben sein:

- Der *Schweregrad der Substanzgebrauchsstörung lässt eine ambulante Behandlung noch zu*, da die Kriterien für einen QE noch nicht erfüllt sind (siehe Thomasius et al., 2016). Sobald die Substanzgebrauchsstörung akut behandlungsbedürftig wird, sollte die Behandlung im stationären Rahmen erfolgen.
- Die *kontrollierte Medikamentengabe durch zuverlässige Dritte ist möglich*. Die Medikation mit Stimulanzien erfordert ein sorgfältiges Regime, welches die Patientinnen mit einer Substanzgebrauchsstörung in der Regel *überfordert*. Hier sollten die Behandler_innen in engem Austausch mit wichtigen Bezugspersonen (Eltern, andere relevante Erziehungspersonen etc.) stehen, die die Verabreichung der Medikamente begleiten und kontrollieren.
- Der Patient zeigt eine *glaubhafte Veränderungsbereitschaft bzgl. des Substanzgebrauchs*. Auch hier sollte die Motivation exploriert werden und hinsichtlich ihrer Veränderung im Verlauf dokumentiert werden, etwa im Sinne des transtheoretischen Stufenmodells der Verhaltensänderung (Prochaska & Diclemente, 1986). Behandlungsziel ist die Abstinenz von Substanzen, jedoch kann dieses Ziel zeitweise zugunsten von Zwischenzielen, wie der Reduktion von Menge und Häufigkeit, in den Hintergrund rücken, abhängig von der Phase des Behandlungsprozesses und der individuellen Situation des Patienten.

Empfehlungen

- Mit den Patienten soll die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit ihrer ADHS-Symptomatik erarbeitet werden. Es sollte deutlich werden, welche intrinsischen Motive für eine Stimulanzienbehandlung bei den Patientinnen vorliegen und ob sie diese mit ggf. erlebten Nachteilen und unerwünschten Wirkungen (Müdigkeit, „Neben sich Stehen“, Gewichtsabnahme etc.) abzuwägen vermögen.
- *Innerhalb von 3 Monaten* wird eine *Reduktion des Substanzgebrauchs unter Stimulanzien* für die Behandler sichtbar. Es ist hierbei möglich, individuelle, jedoch nicht zu kleinschrittige Zwischenziele mit den Patienten zu vereinbaren. Es wird empfohlen, die Reduktion des Konsums in einer Kombination aus subjektiver Selbst- und Fremdauskunft und objektiven Maßen zu erheben. Quantitative *Überprüfungen* auf harnfremde Substanzen sind empfehlenswert, aber aus Kostengründen vielerorts nicht praktikabel. Insbesondere bei schweren Verläufen sollte auch die Umsetzbarkeit täuschungssicherer Spiegelbestimmungen geprüft werden, etwa durch die Gabe von Kontrollmarkern im zuvor verabreichten Tee bei Urinkontrollen (z. B. langkettige Zuckermoleküle).

Kontraindikationen für die Verschreibung von Stimulanzien

- Vom Patienten ist ein *nichtbestimmungsgemäßer Stimulanziengebrauch* aktuell oder in der Vergangenheit bekannt. Derartiger Missbrauch kann z. B. zur Leistungssteigerung, Rauscherzeugung, Antriebssteigerung, Appetit- und Gewichtsregulation oder Genusszwecken stattgefunden haben.
- Der Konsum von Cannabis stellt nicht per se eine Kontraindikation für die Behandlung mit Stimulanzien dar. Wenn aber *anamnestisch keine Reduktion eines Cannabis-Konsums während einer medizinisch verordneten Stimulanzienbehandlung* innerhalb eines Vierteljahres stattgefunden hat, gilt dies als Ausschlusskriterium für eine erneute Medikation mit Stimulanzien.
- Der Konsum *anderer illegaler Substanzen außer Cannabis* (z. B. Ecstasy, Kokain, Amphetamine, Methamphetamine, Halluzinogene, Opioide usw.).
- Der Patient hat bereits psychoaktive Substanzen an Dritte weitergegeben.
- Gegen die medikamentöse Behandlung sprechen außerdem widrige psychosoziale Umstände, die eine Einbettung der Medikation in ein kontrollierendes, reflektiertes Umfeld unmöglich machen. Hierzu gehören beispielsweise Obdachlosigkeit und fehlendes Monitoring oder fehlende elterliche Steuerung.

- Die Kriterien einer Substanzabhängigkeit nach ICD-11 sind bereits erfüllt. In diesem Fall ist im Rahmen eines gestuften Vorgehens zunächst eine QE indiziert (außer bei Nikotinabhängigkeit).

Phase 2: Akutphase des stationären Aufenthalts mit qualifizierter Entzugsbehandlung (zirka 4 Wochen)

Die Länge der Akut-Phase der QE hängt vom Fortbestehen der Entzugssymptomatik ab. Entzugssymptome wie z. B. Unruhe, Gereiztheit, emotionale Labilität, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen sind häufig kaum von Symptomen einer ADHS abzugrenzen. Auch Symptome anderer komorbider Störungen können durch die Entzugssymptomatik maskiert werden. Die Indikation für eine Medikation mit Stimulanzien ist während des Entzugs sehr streng zu stellen.

Empfehlungen

- Die Akutbehandlung erfolgt nach den Anforderungen an die QE bei Kindern und Jugendlichen (Thomasius et al., 2016).
- Bei bereits vor der QE gestellter ADHS-Diagnose: Wenn der Patient aktuell mit Stimulanzien behandelt wird, kann das vorübergehende Fortführen der Medikation sinnvoll sein, um einer weiteren Destabilisierung vorzubeugen. Gleichwohl soll spätestens in der nächsten Phase der Behandlung, nach Überwindung des Entzugssyndroms, ein Auslassversuch erfolgen, um die ADHS-Diagnose, Indikation und Wirksamkeit zu überprüfen.
- Mögliche Herausforderungen während des Entzugs, die das Risiko für einen Abbruch erhöhen, betreffen z. B. Impulsivität, Aggression, emotionale Dysregulation oder Schlafstörungen. Zunächst soll bei diesen Symptomen ein *Behandlungsversuch mit niedrig potenten Neuroleptika* erfolgen, die kein Suchtpotenzial haben. Mögliche Substanzen sind u. a. Melperon und Chlorprothixen (Truxal). Ungünstige Interaktionen in Kombination mit bestimmten Substanzen (z. B. Alkohol, Opioide, Benzodiazepine) sind zu beachten.
- Erst, wenn diese Versuche versagen, kann die Behandlung mit Stimulanzien erwogen werden. Sie kommt nur infrage, wenn nach vorausgegangenem Behandlungsversuch mit niedrigpotenten Neuroleptika ohne sie der Abbruch der QE wegen ADHS-Symptomen drohen würde.

- Dies gilt auch nur dann, wenn die ADHS-Diagnose schon im Vorfeld gesichert ist und die Voraussetzungen für eine kontrollierte Abgabe und Einnahme der Stimulanzien gegeben sind. Im vollstationären Setting der QE sollte dies gegeben sein. Dann soll die Gabe auf die Entzugsphase begrenzt und genau beobachtet werden.

Probleme und Herausforderungen

- Die Unterscheidung von Entzugssymptomen und ADHS-Symptomen ist im Entzug kaum möglich.
- Es liegen kaum aussagekräftige Studien zur Anwendung niedrigpotenter Neuroleptika zur Behandlung von Entzugssymptomen vor.

Phase 3: Weiterführung der stationären Behandlung unter Berücksichtigung komorbider Störungen

Die QE ist abgeschlossen, die Entzugssymptomatik abgeklungen und die entzugsspezifische Medikation ist beendet.

Empfehlungen

- Weiterführung der suchtspezifischen stationären jugendpsychiatrischen Behandlung.
- Diagnostik im Blick auf ADHS und mögliche weitere komorbide Störungen. Bei vorbestehender Stimulanzienmedikation soll ein Auslassversuch erfolgen.
- In manchen Fällen von ADHS und komorbider Suchstörung berichten Jugendliche von einer hohen inneren Anspannung, die nicht ausreichend oder gar nicht auf Stimulanzien anspricht. Diese Spannungszustände werden häufig in den Abendstunden als besonders belastend wahrgenommen. Zudem leiden viele Jugendliche an Ein- und Durchschlafstörungen oder beeinträchtigter Schlafqualität. Viele dieser Patienten haben anamnestisch trotz bestehender Stimulanzienbehandlung zur Spannungsreduktion mit dem Cannabiskonsum begonnen. Daher ist eine individuelle Abwägung notwendig, ob die Gabe von
 - Stimulanzien, Atomoxetin oder Guanfacin
 - atypischen Neuroleptika (z. B. Aripiprazol, Quetiapin) oder niederpotente Neuroleptika wie z. B. Melperon, Chlorprothixen oder Promethazin
 - oder eine Kombination sinnvoll ist.

- Der Einbezug komplementärer suchtspezifischer Hilfesysteme ist früh und ganz konkret zu planen (u. a. ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Weiterbehandlung; Jugendhilfe mit Erfahrungen in der Begleitung suchterkrankter Jugendlicher).

Zu beachtende Aspekte

- Wichtig sind die Psychoedukation der Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen zu den protektiven Effekten einer Stimulanzienbehandlung auf eine mögliche weitere Suchtentwicklung und der Austausch darüber, dass eine vorausgehende Nicht-Behandlung mit Stimulanzien möglicherweise ein Aspekt der Suchtentstehung war. Die medikamentöse Behandlung der ADHS eröffnet nach dieser Sichtweise die Chance auf künftige verbesserte Partizipation, z. B. in der Schule. Gleichwohl soll auch die Aufklärung darüber erfolgen, dass die Weitergabe von Stimulanzien an Dritte eine Straftat darstellen kann.
- Bei Zustand nach missbräuchlichem Konsum von Amphetaminen, MDMA etc. ist es möglich, dass eine hinreichende Wirkung auf die ADHS mit Standarddosierungen nicht mehr erreicht werden kann. Hier empfiehlt sich ggf. im stationären Rahmen die Durchführung eines Doppelblindversuchs mit MPH.

Kontraindikationen für die Verschreibung von Stimulanzien

- Gegen eine Behandlung mit Stimulanzien spricht ein nicht ausreichend reflektiertes Umfeld, das die Kontrolle von Ausgabe und Einnahme der Medikation nicht gewährleisten kann.
- Es ist bekannt, dass psychoaktive Substanzen an Dritte weitergegeben wurden.
- Rückkehr in das vorherige konsumierende oder den Konsum aufrechterhaltende Umfeld.
- Eine suchtspezifische Weiterbehandlung ist nicht möglich.

Phase 4: Poststationäre suchtttherapeutische Behandlung und Rückfallmanagement

Empfehlungen

- Die ambulante medikamentöse Behandlung der ADHS soll möglichst bei Fachärzt_innen für KJPP mit Erfahrung oder Qualifikation in suchtttherapeutischer Be-

handlung erfolgen. Zusätzlich zu den Empfehlungen für die Phase 1 (s. o.) kommen weitere Ziele hinzu: das Halten und Erweitern von Therapieerfolgen aus der bisherigen Suchttherapie (weitere Reduktion von Konsum und Rückfällen bzw. der Umgang mit Rückfällen, Aufbau eines stützenden Umfelds).

- Regelmäßige Überprüfung, ob die Stimulanziengabe für die Behandlung der ADHS noch erforderlich ist und den Fortschritt der Suchttherapie stützt. Kriterien dafür sind u. a. anhaltende Abstinenz, strukturelle Nachreifung und die schulisch-beruflich-soziale Integration. Erforderlich ist die fortlaufende Kontrolle der Abstinenz durch Untersuchung des Urins auf harnfremde Substanzen, ggf. auch unangekündigt, wenigstens qualitativ, besser quantitativ (s. o.). Kreuzreaktionen mit positivem Anschlag von Amphetamin in Labortests bei Gabe von Atomoxetin oder Methylphenidat sind zu beachten (Battini et al., 2023).
- Bei Rückfällen in den Substanzkonsum ist die Schwere des Rückfalls zu berücksichtigen, da in Abhängigkeit vom Konsummuster unterschiedliche therapeutische Konsequenzen erwogen werden müssen (vgl. Phase 1). Zu überprüfen ist die Indikation für eine erneute QE.
- Bei Rückfällen, die zu einem fortgesetzten Substanzkonsum führen, und fehlender Veränderungsmotivation, soll ein Absetzen der Stimulanzien erfolgen. Ggf. ist das Umstellen auf niedrigpotente Neuroleptika sinnvoll.

Der 15-jährige Konstantin stellt sich zur Kontrolluntersuchung nach erfolgreicher Suchttherapie vor. Er wurde vor dem Hintergrund einer parallel vorliegenden ADHS-Symptomatik vor einem Jahr mit guter Wirksamkeit auf Stimulanzien eingestellt und war bis dato drogenfrei. Nun stellt sich heraus, dass er erneut angefangen hat unterschiedliche Drogen zu konsumieren. Die Mutter bittet um Ausstellung eines neuen Rezeptes der verordneten Stimulanzien.

Ausblick: ADHS und substanzbezogene Störungen

Viele der im Folgenden benannten Probleme sind eine Folge der fehlenden Präsenz des Themas in Praxis und Forschung. Dem unzureichenden Forschungsstand zufolge ist das Problembewusstsein bei Behandlern, Eltern oder im weiteren sozialen Umfeld für die Komorbidität und die wechselseitige Beeinflussung der beiden Störungsbilder unzureichend. Das ist umso problematischer, als dass Jugendliche mit einer Substanzgebrauchsstörung, insbesondere bei cannabisbezogenen Störungen, sehr oft selbst kein Problembewusstsein haben, weshalb es im Zugang zum Helfersystem und der Prävention eher auf die Mobilisierung „signifikanter Anderer“ ankommt (Reis,

2012). Hier gilt es, weitere Aufklärungsarbeit zu leisten, zumal sich im Zuge der Debatte um die Legalisierung von Cannabis ein Narrativ vom „ungefährlichen Cannabis“ verbreitet, das mit abnehmendem Risikobewusstsein unter Jugendlichen einhergeht.

Verschiedene Erhebungen zum Stand der Versorgung jugendlicher Suchtkranker in Deutschland zeigen (Plener, Straub, Fegert & Keller, 2015; Thomasius, Paschke & Arnaud, 2022), dass Behandler fehlen, die über vertiefte Kenntnisse zu weiteren komorbiden Erkrankungen bei Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen verfügen, wie etwa Depressionen, die ihrerseits möglicherweise auch pharmakologisch mitbehandelt werden müssen. Diese Problematik verstärkt sich in der Transitionsphase (Banaschewski, Roth-Sackenheim, Berg & Reif, 2020; Thomasius, Arnaud, Holtmann & Kiefer, 2020): Der nahtlose Übergang aus dem Behandlungssystem für Jugendliche in das der Erwachsenen gelingt zu selten, und bei vielen Behandlern für Erwachsene bestehen immer noch keine hinreichenden Erfahrungen in der ADHS-Behandlung. Dies erhöht auch die Gefahr einer langfristig unzureichenden Behandlung der substanzbezogenen Störung, wenn diese z.B. durch die Symptome und Folgeprobleme der ADHS aufrechterhalten wird.

Ärzte und Therapeutinnen mit Erfahrungen und Kenntnissen in der Behandlung von Suchterkrankungen, für deren Erreichung z.B. unter Federführung der Suchtkommission ein Curriculum über Grundlagen der Diagnostik, Beratung, Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen erarbeitet wurde, können Suchtbehandlungen von Jugendlichen mit nicht chronifizierten Suchtstörungen selbst übernehmen.

Neben den 2022 publizierten Konsensaussagen zur Behandlung der ADHS und substanzbezogenen Störungen (Özgen et al., 2022) können die nun von der Gemeinsamen Suchtkommission vorgelegten Überlegungen und Empfehlungen in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess von Ärzt_innen, Eltern und Patient_innen genutzt werden, um phasenspezifisch die am besten geeigneten Behandlungen auszuwählen. Weder die Konsenserklärung noch diese Stellungnahme ersetzen aber eine evidenzbasierte Leitlinie. Vielmehr unterstreichen sie die Notwendigkeit qualitativ hochwertiger Studien zu Behandlungsoptionen bei ADHS und begleitender SUD, um neben von klinischer Erfahrung gestützter Orientierung auch evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen geben zu können.

Zusammenfassung

Die Verwendung von Psychostimulanzien bei Jugendlichen mit ADHS und gleichzeitiger Substanzgebrauchsstörung (SUD) ist eine komplexe Fragestellung. Trotz ihrer

nachweislichen Wirksamkeit in Bezug auf ADHS und SUD gleichermaßen muss ein mögliches Missbrauchspotenzial in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden (Kollins, 2008). Eine frühe Behandlung mit Stimulanzien bei Jugendlichen mit ADHS und SUD kann das Risiko für die spätere Entwicklung einer SUD verringern (Carrellas, Wilens & Anselmo, 2016). Um das Missbrauchspotenzial zu minimieren, werden lang wirkende bzw. retardierte Zubereitungsformen von Stimulanzien und Nicht-Stimulanzien wie Atomoxetin oder Guanfacin empfohlen. Es ist wichtig, die spezifische SUD und deren Behandlung bei der Verschreibung von Stimulanzien zu berücksichtigen (Barbuti et al., 2023). Trotz dieser Bedenken wird der Einsatz von Stimulanzien bei Patienten mit komorbider ADHS und SUD grundsätzlich empfohlen, auch wenn in jedem Einzelfall eine sorgfältige Abwägung notwendig ist, da die Vorteile einer frühzeitigen gleichzeitigen Behandlung überwiegen. Zudem sind eine sorgfältige Überwachung und therapeutisches Monitoring unerlässlich (Clemow & Walker, 2014).

Literatur

- Banaschewski, T., Roth-Sackenheim, C., Berg, G. & Reif, A. (2020). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung: Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48, 425–428. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000756>
- Barbuti, M., Maiello, M., Spera, V., Pallucchini, A., Brancati, G.E., Maremmi, A.G.I. et al. (2023). Challenges of treating ADHD with comorbid substance use disorder: Considerations for the clinician. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), Artikel 3096. <https://doi.org/10.3390/jcm12093096>
- Basedow, L.A., Kuitunen-Paul, S., Roessner, V. & Golub, Y. (2020). Traumatic events and substance use disorders in adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Artikel 559. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00559>
- Battini, V., Cirnigliaro, G., Giacobelli, L., Boscacci, M., Massara Manzo, S., Mosini, G. et al. (2023). Psychiatric and non-psychiatric drugs causing false-positive amphetamines urine test in psychiatric patients: A pharmacovigilance analysis using FA-ERS. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 16(5), 453–465. <https://doi.org/10.1080/17512433.2023.2211261>
- Carrellas, N.W., Wilens, T.E. & Anselmo, R. (2016). Treatment of comorbid substance use disorders and ADHD in youth. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(1), 15–27. <https://doi.org/10.1111/ajad.12551>
- Clemow, D.B. & Walker, D.J. (2014). The potential for misuse and abuse of medications in ADHD: A review. *Postgraduate Medicine*, 126(5), 64–81. <https://doi.org/10.3810/pgm.2014.09.2801>
- DGKJP et al. (2017). *S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045>
- Gemeinsame Suchtkommission. (2019). Handreichung zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 4, 21–41. Verfügbar unter <https://www.>

- kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/forum/2019/forum_4_2019.pdf
- Konrad, K., Kohls, G., Baumann, S., Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K. et al. (2022). Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 218–228. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13428>
- Kollins, S. H. (2008). A qualitative review of issues arising in the use of psychostimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders. *Current Medical Research and Opinion*, 24(5), 1345–1357. <https://doi.org/10.1185/030079908X280707>
- Özgen, H., Spijkerman, R., Noack, M., Holtmann, M., Schellekens, A., Dalsgaard, S. et al. (2021). Treatment of adolescents with concurrent substance use disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), Artikel 3908. <https://doi.org/10.3390/jcm10173908>
- Özgen, H., Spijkerman, R., Noack, M., Holtmann, M., Schellekens, A. S. A., van de Glind, G. et al. (2022). Internationale Konsensklärung zu Screening, Diagnostik und Behandlung von Jugendlichen und Heranwachsenden mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und gleichzeitigen Störungen durch Substanzgebrauch. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50(1), 54–67. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000828>
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive Model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). New York: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1
- Plener, P. L., Straub, J., Fegert, J. M. & Keller, F. (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde*, 34(1–2), 18–23. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627551>
- Reis, O. (2012). Offene Momente – Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 4, 7–24.
- Rianprakashang, T. N., Prather, C. T., Lin, A. L., Murray, B. P., & Hendrickson, R. G. (2021). Factors associated with seizure development after bupropion overdose: A review of the toxicology investigators consortium. *Clinical Toxicology*, 59(12), 1234–1238. <https://doi.org/10.1080/15563650.2021.1913180>
- Stuhec, M., Munda, B., Svab, V. & Locatelli, I. (2015). Acceptability of drugs in treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Metaanalysis with focus on Bupropion. *European Psychiatry*, 30(S1), 422. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31890-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31890-3)
- Thomasius, R., Arnaud, N., Holtmann, M. & Kiefer, F. (2020). Substanzbezogene Störungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(6), 448–452. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000725>
- Thomasius, R., Paschke, K. & Arnaud, N. (2022). Substanzbezogene Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119, 440–450. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0122>
- Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O. et al. (2016). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 62(2), 107–111. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000416>
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C. L., Swets, M. et al. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007>
- Wilens, T. E. & Morrison, N. R. (2012). Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry (London)*, 2(4), 301–312. doi: 10.2217/np.12.39.

Historie

Manuskript eingereicht: 03.09.2024

Nach Revision angenommen: 09.09.2024

Onlineveröffentlichung: 10.10.2024

Interessenkonflikte

MH erhält oder erhielt Honorare von Shire, Takeda, Medice, Infec-topharm und Hogrefe. OR erhält oder erhielt Förderungen für Forschungsprojekte mit Bezug zur Suchtentwicklung von DFG, BMG, BMSF, Innofonds des G-BA, Land Mecklenburg-Vorpommern, Hansestadt Rostock. Beiträge mit Bezug zur Suchtentwicklung wurden in diversen Zeitschriften und Büchern bei verschiedenen Verlagen publiziert. Für das hier beschriebene Thema hat er keine Interessenkonflikte. Die anderen Autoren haben keine potenziellen Interessenkonflikte zu deklarieren.

Förderung

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Ruhr-Universität Bochum.

ORCID

Martin Holtmann

 <https://orcid.org/0000-0003-2644-6601>

Rainer Thomasius

 <https://orcid.org/0000-0002-2819-069X>

Univ.-Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann

LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Heithofer Allee 64
59071 Hamm
Deutschland

martin.holtmann@lwl.org