



VINCERA
Kliniken



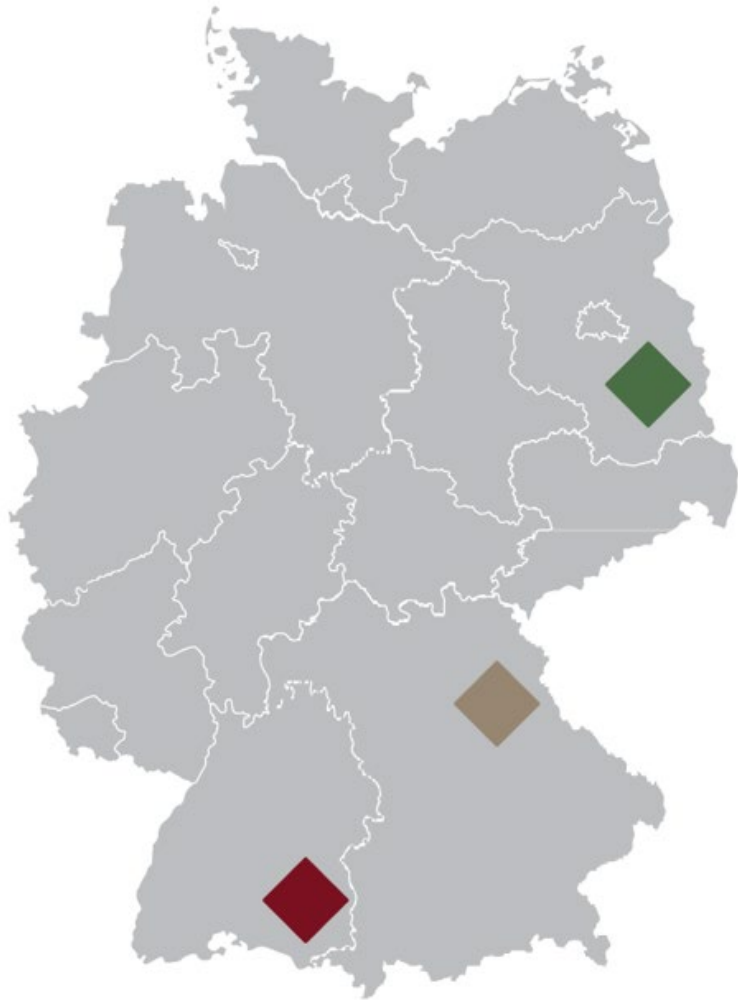
Break & Brain
Online-Fortbildung

Wirrwarr im Kopf – ADHS im Erwachsenenalter erkennen, verstehen und behandeln

Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara
Ärztliche Direktorin & Cheförztn
Vincera Klinik Bad Waldsee

Mittwoch, 11.03.2026

Die Vincera Kliniken



Unsere Chefärzte



◆ **Dr. med. Lisa Fiedler**
Chefärztin & Ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Burg Wernberg



◆ **Dr. med. Eberhard Böhme**
Chefarzt & Ärztlicher Direktor
der Vincera Klinik Spreewald



◆ **Prof. Dr. med. Kamila
Jauch-Chara**
Chefärztin & Ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Bad Waldsee

Wirrwarr im Kopf - ADHS im Erwachsenenalter erkennen, verstehen und behandeln



1. Übersicht zum Krankheitsbild

2. Grundlagen

- Epidemiologie
- Allgemeine Risikofaktoren und Neurobiologie
- Symptomatik
- Diagnostik und Klassifikation

3. Therapie

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie



ÜBERSICHT ZUM KRANKHEITSBILD



Die Geschichte vom „Zappel-Philipp“

Heinrich Hoffmann, Der Struwpeter, 1845

- ... Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?...
- ... Er gaukelt und schaukelt, er trappelt und zappelt auf dem Stuhle hin und her...

ÜBERSICHT ZUM KRANKHEITSBILD

Wahrscheinlich Betroffene



Winston Churchill



Albert Einstein



Bill Clinton



Bill Gates

1. "Time Magazin", 1994.
2. "Driven to distraction" Hallowell and Ratey, 1998.



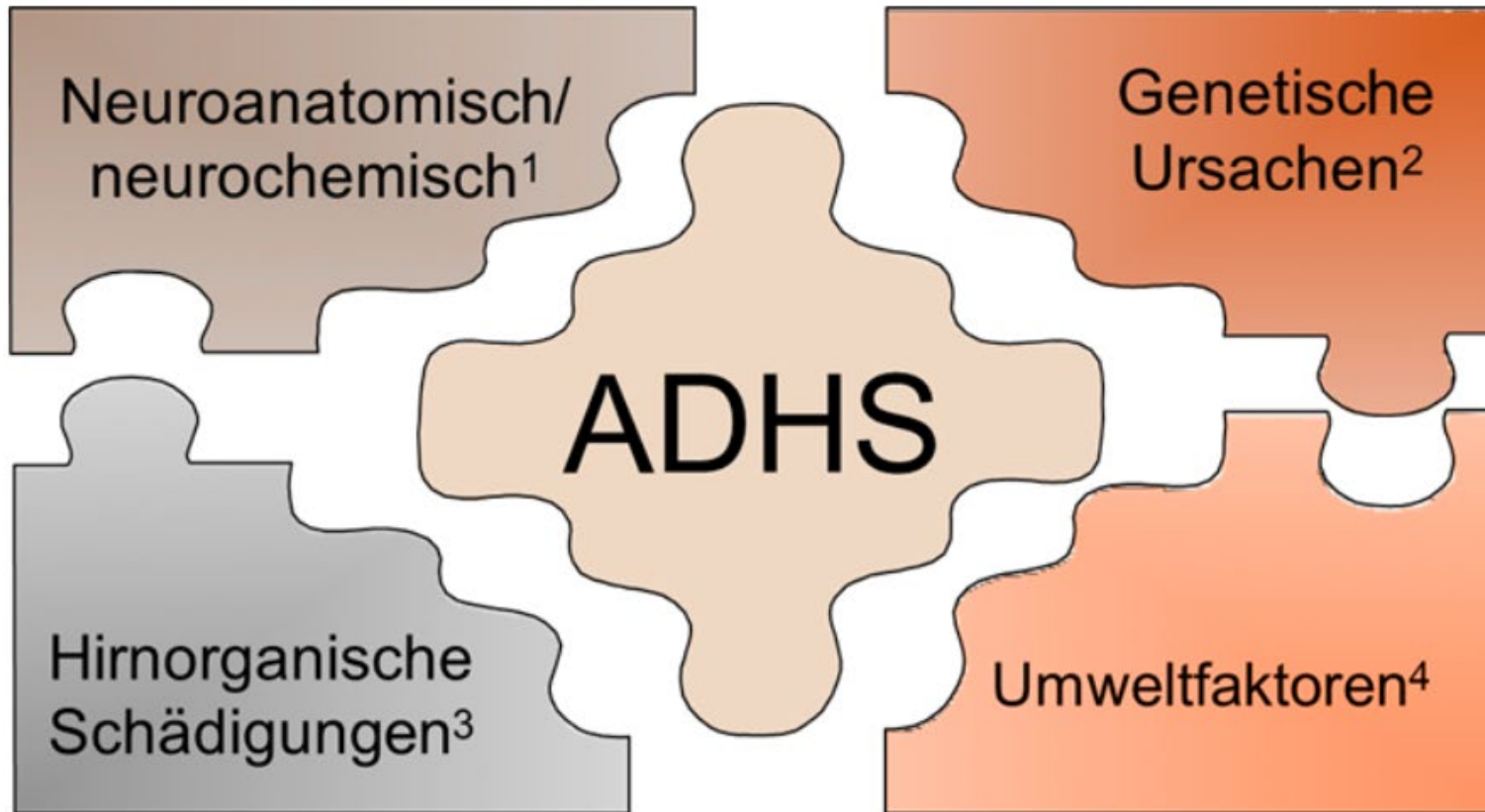
EPIDEMIOLOGY



Epidemiologie

- Die transnationale Prävalenz wird mit 3,4 % angegeben. Für Deutschland sind 4,7 % bestimmt worden.
- Die ADHS beschränkt sich nicht auf bestimmte soziale Schichten oder Begabungsniveaus.
- Das männliche Geschlecht überwiegt gegenüber dem weiblichen im Kindes- und Jugendalter mit einem Verhältnis von 2 - 3 : 1 (bei Erwachsenen deutlich geringer 1,5 : 1).

ADHS ist multifaktoriell bedingt!



1. Swanson et al. Curr Opin Neurobiol. 1998; 8:263-271.

2. Hauser et al. N Engl J Med. 1993; 328:997-1001. Cook et al. Am J Hum Genet. 1995; 56:993-998.

3. Milberger et al. Biol Psychiatry 1997; 41:65-75.

4. Biederman et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1495-1502.



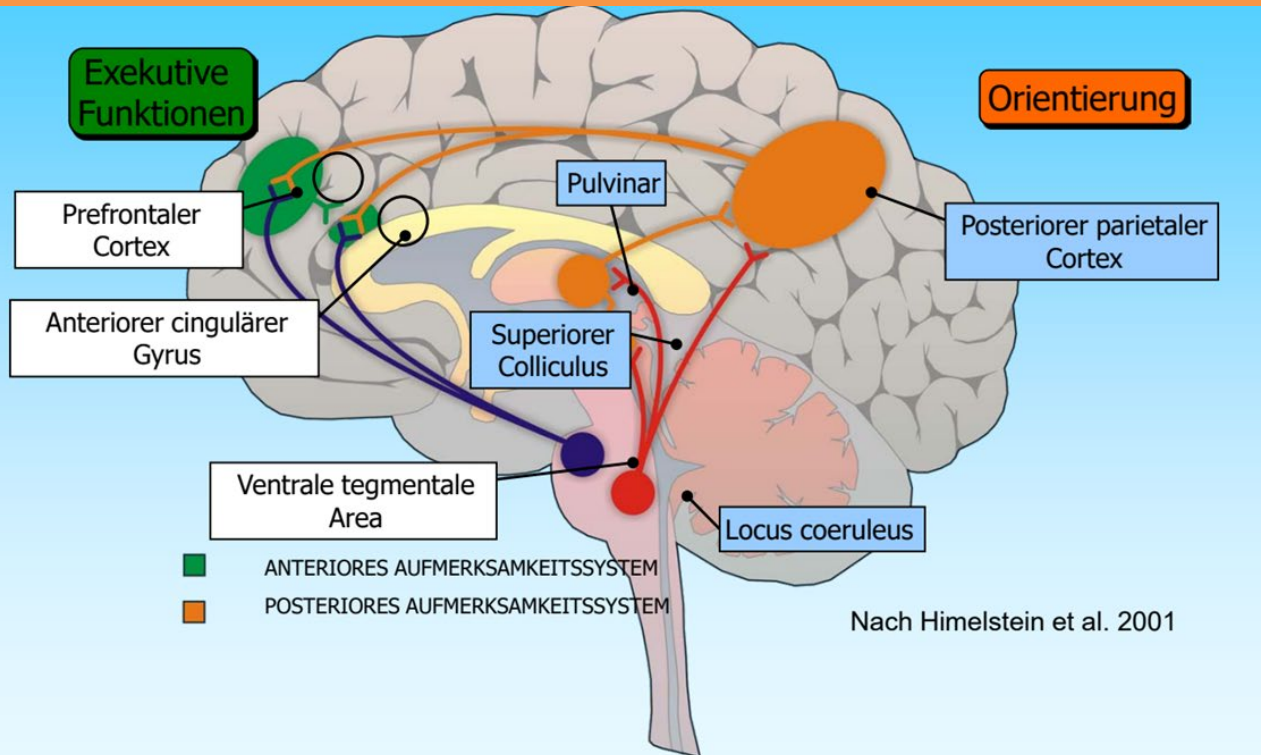
Allgemeine Risikofaktoren

- Maternaler Nikotinkonsum während der Schwangerschaft
- Gestörte Mutter-Kind-Kommunikation
- Ungünstige Umgebungsfaktoren (z.B. instabile Familienverhältnisse)
- Niedriges Geburtsgewicht
- Perinatale Risiken



Genetik

- ADHS hat eine starke genetische Verankerung (Konkordanzraten in formalgenetischen Untersuchungen mit eineiigen Zwillingen liegen zwischen 0,6 und 0,9)
- Die Erhöhung des Risikos, an ADHS zu erkranken, wurde bei Verwandten ersten Grades mit dem Faktor 5 bestimmt
- Es gibt genetische Subtypen
- In genomweiten Kopplungsanalysen wurden für die Chromosomenregionen 5p13*, 15q15 und 16p13 die stärksten Koppelungen gefunden (LOD-Score)



Neurochemie

Bei ADHS handelt es sich vermutlich um eine Multitransmitter-Dysfunktion (Dysfunktion des präfrontalen Kortex für den die Katecholamine Noradrenalin und Dopamin eine entscheidende Bedeutung haben):

- Anteriores Aufmerksamkeitssystem: anteriores Cingulum und der dorsomedialen Präfrontalkortex; Funktion: v.a. Aufmerksamkeitsfokussierung; dopaminerg;
- Posteriores Aufmerksamkeitssystem: posteriorer Parietalkortex, Pulvinar und Colliculus superior, Funktion: Vigilanzsteuerung, Orientierung und Neuausrichtung der Aufmerksamkeit, noradrenerg



Neuroanatomie

- Verminderungen des Volumens im präfrontalen Kortex mit Schwerpunkt in der rechten Hemisphäre
- Verminderung des Kleinhirnvolumens (Kleinhirnwurm reich an dopaminergen Verbindungen)
- Unbehandelte Erwachsene weisen eine allgemeine Hirnvolumenminderung von 3 % auf
- Kinder weisen in f-MRT eine stärkere frontale Aktivierung bei niedrigerer striataler Aktivität auf, die mit Methylphenidat moduliert werden konnte
- In ihrer Gesamtheit werden die strukturellen und funktionellen Untersuchungsbefunde heute im Sinne einer Hirnentwicklungsstörung verstanden





Symptomatik

- Aufmerksamkeitsstörungen
- Motorische Störungen mit Hyperaktivität
- Mangelhafte Impulskontrolle
- Reizoffenheit
- Desorganisation
- Probleme im sozialen Umfeld
- Schwierigkeiten in persönlichen Beziehungen
- Emotionale Störungen
- Stressintoleranz



Diagnostik

- Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter ist ein klinischer Entscheidungsprozess
- Ein biologischer oder sonstiger Test, mit dem die Diagnose gesichert werden kann, steht nicht zur Verfügung
- Im Zentrum steht dabei der Nachweis der 18 diagnostischen Kriterien



Zusätzlich müssen drei Zusatzkriterien für die Diagnose gesichert werden:

- ✓ ADHS-Psychopathologie muss schon vor dem 7. Lebensjahr vorhanden sein
- ✓ Die mit ADHS verbundene Auffälligkeiten müssen in mehr als einem Lebensfeld erkennbar sein (Pervasivitätskriterium)
- ✓ Nachweis funktioneller Einschränkungen im Lebensalltag

Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV

Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität werden in ICD-10 und DSM-IV weitgehend übereinstimmend berücksichtigt. Deckungsgleich sind die 18 diagnostischen Kriterien, mit denen die verschiedenen Typen der ADHS nach DSM-IV und ICD-10 definiert werden

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Diagnosen in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus (314.00)	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F 98.8)
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus (314.01)	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0)
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus (314.01)	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1)

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, 4. Version. ICD-10 = Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Version.

GRUNDLAGEN

Die 18 diagnostischen Kriterien von ICD-10 Und DSM-IV

Aufmerksamkeitsstörung

1. Sorgfaltsfehler
2. Ausdauerprobleme
3. Scheint nicht zuzuhören
4. Schließt Aufgaben nicht ab
5. Organisationsprobleme
6. Vermeidet Aufgaben mit langer Aufmerksamkeitsbelastung
7. Verliert Sachen
8. Leicht ablenkbar
9. Vergesslich

Überaktivität & Impulsivität

1. Zappeln mit Händen und Füßen
2. Kann nicht lange sitzen bleiben
3. Fühlt sich unruhig
4. Kann nicht leise sein
5. Immer in Bewegung, wie aufgezogen
6. Kann nicht abwarten, bis andere ausgesprochen haben
7. Ungeduldig, kann nicht warten
8. Stört andere in der Beschäftigung
9. Exzessives reden



Diagnostik

- Standardisierte Selbstbeurteilungsskalen, Fremdratings und Interviews erleichtern die Diagnostik und sichern diese ab, können die klinische Entscheidung über die Diagnose jedoch nicht ersetzen
- Diagnostisches Interview (v.a. wegen Komorbidität)
- Neuropsychologische Testung inkl. IQ
- Ausschluss anderer Ursache (v.a. Hyperthyreose, Medikamenteneinfluß inkl. Theophyllin)

Diagnostik



Interview mit dem Betroffenen

Anwendung von Selbstbeurteilungsskalen

Retrospektive Erfassung der ADHS-Symptome

- WURS

Erfassung der aktuellen Symptome

- CAARS
- ADSA
- BAADS
- ASRS-v.1.1

Fremdanamnese

Retrospektive Erfassung der ADHS-Symptome

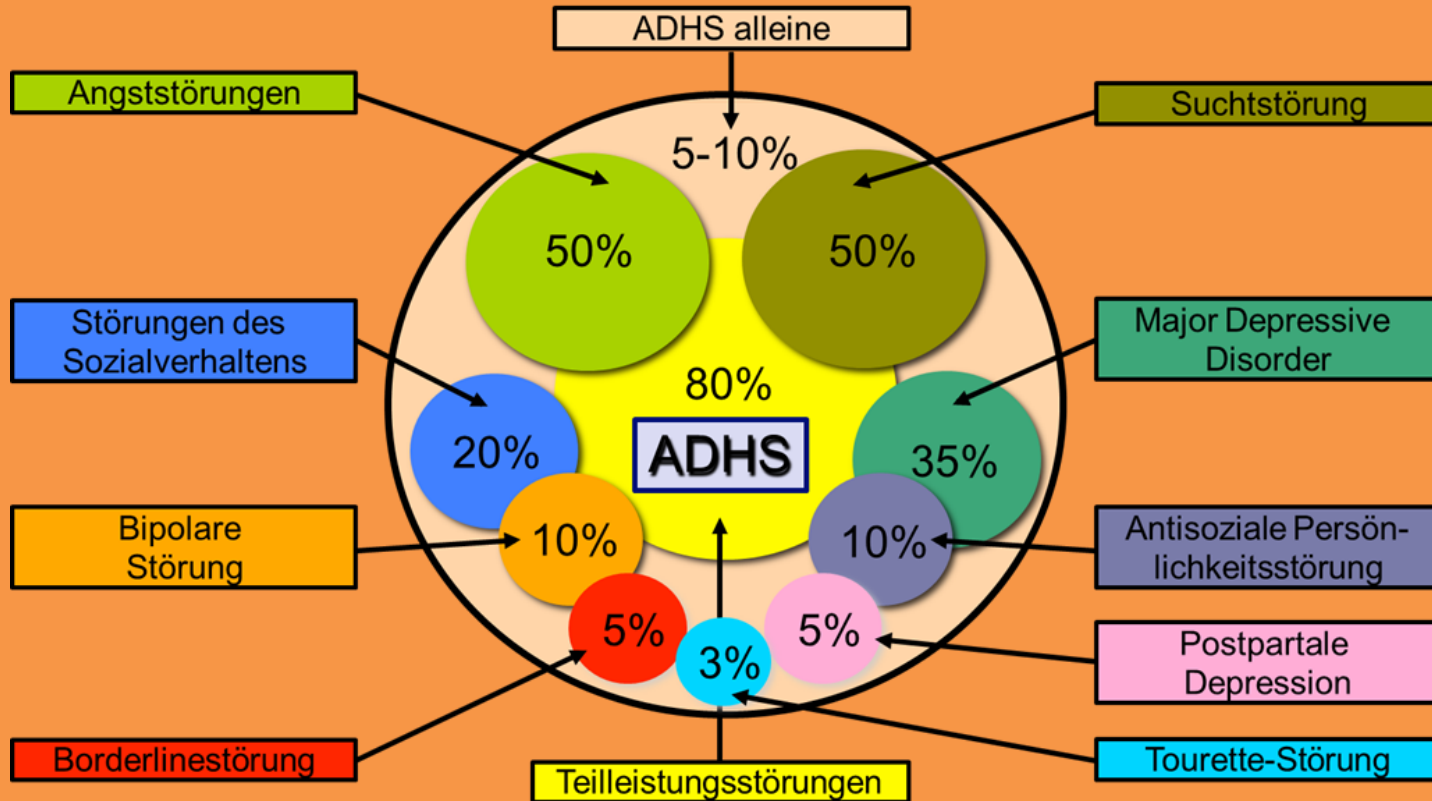
- Parents Rating Scale

Erfassung der aktuellen Symptome

- CAARS

Testpsychologische Untersuchungen

ADD = Aufmerksamkeitsdefizitstörung. ADHD = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. ADSA = Attention-Deficit Scale for Adults. ASRS-v.1.1 = Adult-ADHD-Self-Report-Scale-v.1.1. BAADS = Brown ADD Scale. CAARS = Conners Adult ADHD Rating Scale. WURS = Wender Utah Rating Scale.



Begleiterkrankungen

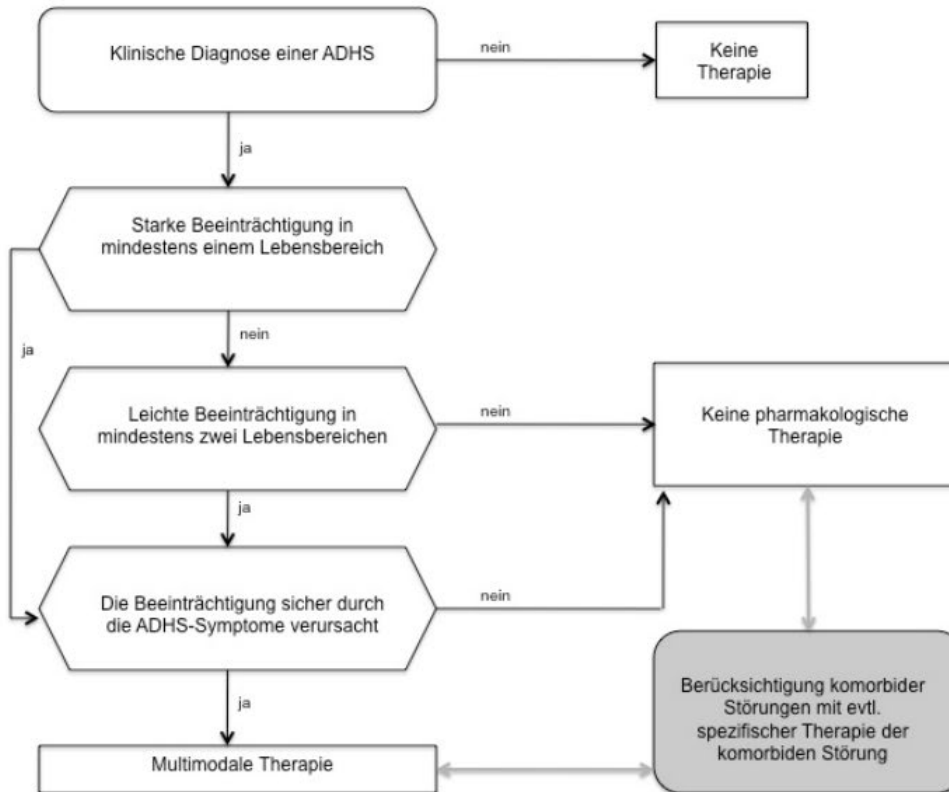
- Die Erfassung komorbider Leiden parallel zur ADHS-Psychopathologie erfordert besondere Erwähnung, denn ADHS tritt bei Erwachsenen weniger als isolierte Störung auf
- Charakteristisch ist das Vorhandensein von zusätzlichen komorbiden Leiden



Allgemeine Behandlungsrichtlinien

- Beste Effektivität bei einer kombiniert medikamentösen und psychosozialen Behandlung.
- Zumeist medikamentöse Kombinationsbehandlung notwendig (v.a. wegen Komorbidität).
- Zumeist lebenslange medikamentöse Behandlung notwendig.
- Verhaltenstherapie & Paar/Familientherapie & sog. unterstützenden Verfahren (Sport, Schul- oder Berufsscoaching) zeigt die größte Effektivität.
- Erfolgsparameter umfassen Symptomremission, Verbesserung des Funktionsniveaus und Verbesserung der Lebensqualität.

Allgemeine Behandlungsrichtlinien



 Substanz	 Handelsname	 Wirkungsdauer
Methylphenidat (unretardiert)	Ritalin Medikinet	1 – 4 Stunden
Retadiertes Methylphenidat	Equasym retard Medikinet retard/Medikinet adult Ritalin LA/Ritalin adult Concerta Kinecteen	7 – 8 Stunden 6 – 8 Stunden 6 – 8 Stunden 9 – 12 Stunden 9 – 12 Stunden
Dexamfetamin	Attentin	4 – 6 Stunden
Lisdexamfetamin	Elvanse	12 – 14 Stunden

Dosis
↓

Blockade von NET (Noradrenalin-Transporter)

- Unterdrückung von Müdigkeit, Vigilanz-erhöhung
- anorektische Wirkung
- motorische Aktivierung

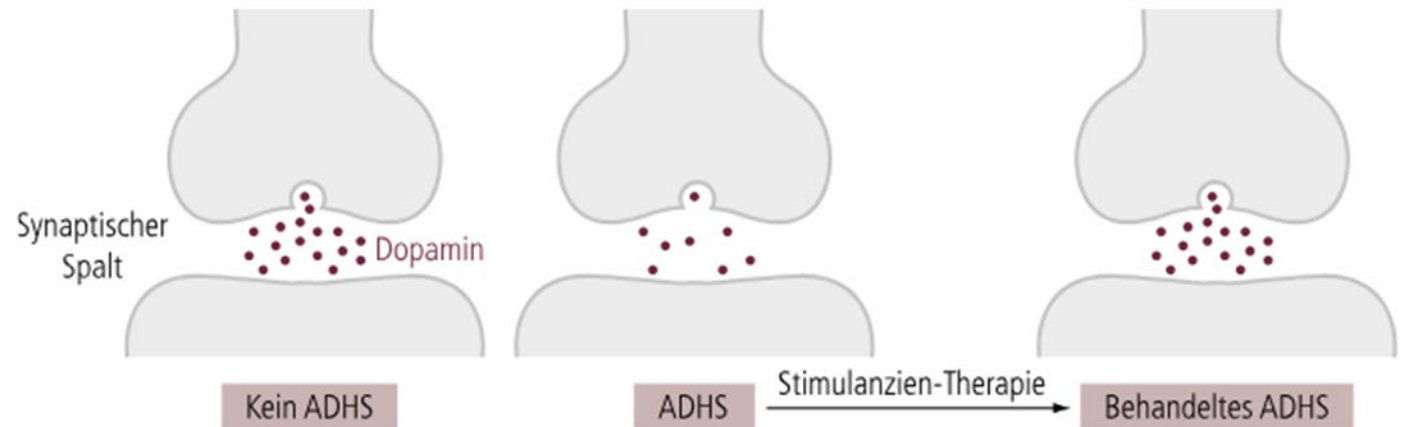
Blockade von DAT (Dopamin-Transporter)

- motorische Aktivierung
- stereotype Verhaltensmuster
- Aktivierung des Belohnungssystems und Tendenz zur wiederholten Aufnahme
- Wohlbefinden, Euphorie

Blockade von SERT (Serotonin-Transporter)

- psychotische Effekte
- Störungen der Wahrnehmung

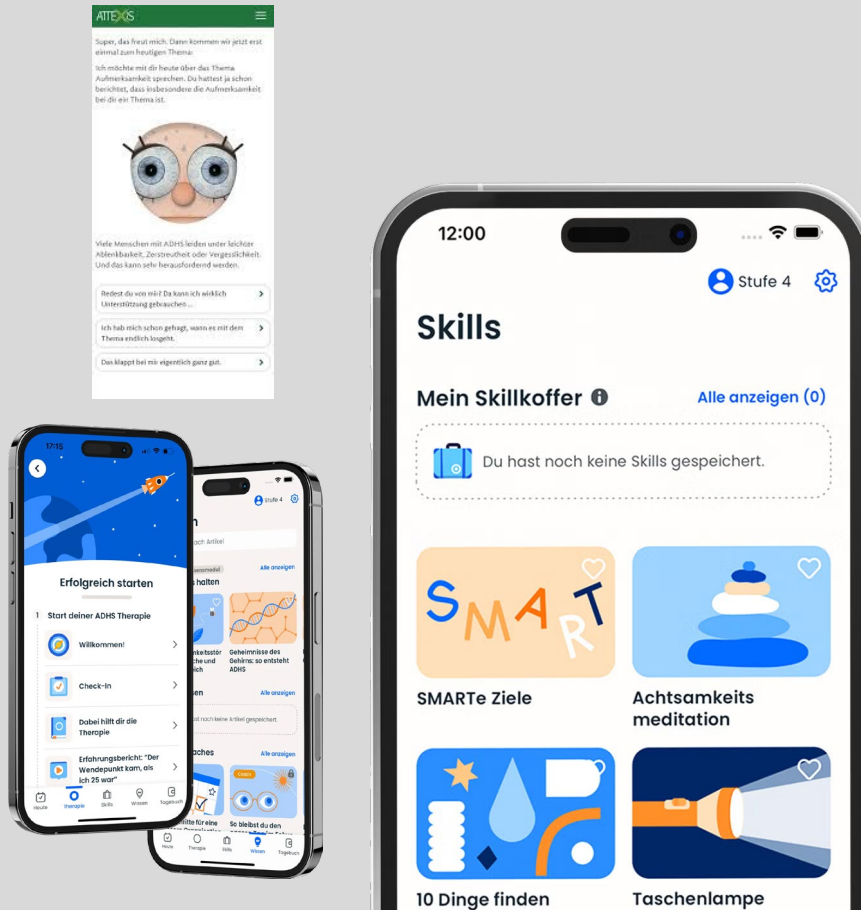
Dosisabhängige Wirkung der Stimulantien, Methylphenidatwirkung





Psychotherapie

- Häufig stehen nicht die Kernsymptome, sondern vielmehr die sekundären psychosozialen Folgen (z.B. Arbeitsplatzverlust, Beziehungsabbrüche) sowie komorbide Störungen (z.B. Depression, Angststörungen, (nicht-)stoffgebundene Süchte) im Vordergrund der Therapie.
- Oft persistieren residuale ADHS-Symptome auch nach medikationsbedingter Symptomreduktion
- Dysfunktionale Denkmuster und assoziierte Gefühle können die ADHS- Symptomatik und problematische Verhaltensweisen noch verstärken



Psychotherapie

- Bisher untersucht sind Coaching- und verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenkonzepte, ein Achtsamkeitstraining sowie ein Selbsthilfeprogramm mit Telefoncoaching sowie APPS (ORIKO und ATTEXIS als DiGA zugelassen)
- Inhaltliche Gemeinsamkeiten sind z.B.: Umgang mit Desorganisiertheit, Verbesserung der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle
- Ein strukturiertes störungsorientiertes Gruppenkonzept (metakognitives Training bzw. Skillstraining) ist einer rein supportiven Gruppe signifikant überlegen
- Es gibt Hinweise, dass eine Kombinationsbehandlung (Medikation & Einzel- bzw. Gruppenpsychotherapie) einer alleinigen Medikation überlegen ist

ADS/ADHS- Gruppentherapie in der Vincera Klinik Bad Waldsee ab 05/2026

Sitzung	Thema	Inhalte / Schwerpunkte
1	Einführung & Ziele	Kennenlernen, Rahmen, Erwartungen, Gruppenkontrakt
2	Psychoedukation ADHS	Symptome, Ursachen, Verlauf, Ressourcen
3	Impuls- & Emotionsregulation	Achtsamkeit, Notfallstrategien, Umgang mit Übererregung
4	Zeit- & Selbstmanagement	Planung, Priorisierung, Strukturierungstools
5	Verhaltensanalyse & Problemlösen	ABC-Modell, Problemlösetraining
6	Soziale Kompetenzen	Kommunikation, Rollenspiele, Perspektivwechsel
7	Motivation & Rückfallprophylaxe	Zielarbeit, Umgang mit Rückschritten
8	Transfer in den Alltag	Umsetzung, Barrieren, individuelle Strategien
9	Ressourcen & Stärken	Ressourcenaktivierung, Selbstwirksamkeit
10	Individuelle Zielarbeit	Zielklärung, konkrete Umsetzungsschritte
11	Bilanz & Abschluss	Rückblick, Erfolge, Feedback
12	Nachsorge & Ausblick	Nachhaltigkeit, Stabilisierung, Ausblick



FAZIT & FEEDBACK



Anstehende Break & Brain Online-Fortbildungen

Save the date



Elektrostöckchen und Bonbon – Entwicklung der VT 1.0

Dr. med. Eberhard Böhme, Chefarzt, Vincera Klinik Spreewald
Mittwoch, 15. April 2026, 18:00 Uhr

Resonanzräume- Körper, Emotionen und kreativtherapeutische Ansätze in der psychosomatischen Therapie

Dr. med Lisa Fiedler, Chefärztin, Vincera Klinik Burg Wernberg
Mittwoch, 13. Mai 2026, 18:00 Uhr

Wenn der Darm verrückt spielt - Therapie des Reizdarmsyndroms

Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara, Chefärztin, Vincera Klinik Bad Waldsee
Mittwoch, 10. Juni 2026, 18:00 Uhr

Dopamin – Gleichgewicht zwischen Freude und Schmerz

Hans-Uwe Hörl, Oberarzt, Vincera Klinik Spreewald
Mittwoch, 08. Juli 2026, 18:00 Uhr

Anmeldungen bitte per Mail: anmelden@vincera-kliniken.de