

Diagnostik und Differenzialdiagnostik der ADHS im Erwachsenenalter

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kommt auch im Erwachsenenalter häufig vor. Das hat zur Folge, dass eine grosse Nachfrage an diagnostischen Abklärungen besteht, ADHS jedoch noch immer oft übersehen wird. Einer zuverlässigen und rechtzeitigen Diagnostik kommt daher eine grosse Bedeutung zu. Einerseits kann bei Erkennung der Störungen den Patienten ein breites Spektrum an evidenzbasierten Therapien angeboten werden, sowohl psychopharmakologischer als auch psychotherapeutischer Art, andererseits können Fehl- oder Nichtbehandlungen vermieden werden.

Foto: z/vg



Rolf-Dieter Stieglitz

von Rolf-Dieter Stieglitz

Die ADHS (DSM-5, ICD-11) bzw. die nach «F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung» (ICD-10) mit den Merkmalsbereichen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität ist heute auch eine im Erwachsenenbereich etablierte und valide Störung. Eine Vielzahl an Publikationen zu unterschiedlichen Themenbereichen (u. a. Diagnostik, Therapie, Komorbidität) unterstreicht dies. In PubMed (Stand: 8.10.2022) finden sich unter den Stichworten «ADHD and Adults» 13 833 Publikationen. Zudem liegen internationale wie nationale Leitlinien zur Diagnostik und Therapie vor (1, 2).

Die Voraussetzung für eine Diagnose im Erwachsenenalter ist der Nachweis des Beginns der Symptomatik in der Kinder- und Jugendzeit, wie es in der ICD-10/ICD-11 und dem DSM-5 gefordert wird. Schätzungen zur Prävalenz im Erwachsenenalter in der Allgemeinbevölkerung schwanken weltweit zwischen 3 und 5% (3), in Deutschland liegt sie bei 4,7% (4). In psychiatrischen Institutionen liegen die Prävalenzraten jedoch deutlich höher, im ambulanten Bereich bei zirka 15% (5), im stationären Bereich schwanken sie zwischen zirka 7 und 39% (6). Zudem weisen viele Patienten zwar nicht mehr das Vollbild einer ADHS auf, das Störungsbild zeigt sich jedoch subsyndromal, das heisst, die Patienten haben weitere Symptome und mögliche Folgen (3).

Patienten mit einer ADHS weisen neben der Symptomatik zum Teil schwerwiegende Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen auf (z. B. soziale Beziehungen, Beruf/Schule [7, 8]) und sind täglich mit den aus der Symptomatik resultierenden Schwierigkeiten bei fast allen Aktivitäten des Alltags konfrontiert (7). Patienten mit einer ADHS haben weiterhin ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung körperlicher Erkrankungen (8). Es handelt sich somit bei der ADHS im Erwachsenenalter um eine persönlich wie gesellschaftlich relevante Diagnose, die mit hohen Kosten verbunden ist (8). Ein Grossteil jener, die sich im Erwachsenenalter für eine Ab-

klärung anmelden, wurden im Kindes- oder Jugendalter nie abgeklärt. Einer zuverlässigen und vor allem rechtzeitigen Diagnosestellung kommt daher eine wichtige Rolle zu, zumal zwischenzeitlich eine Reihe effektiver Behandlungsansätze existieren, insbesondere psychopharmakologische, aber auch psychotherapeutische (vgl. 1, 2, 8).

Kennzeichen der ADHS im Erwachsenenalter

Wie im Kindes- und Jugendalter ist die ADHS auch im Erwachsenenalter gekennzeichnet durch Symptome in den Bereichen Unaufmerksamkeit (u. a. Vergessen von Details/Flüchtigkeitsfehler, Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, Vergesslichkeit bei Alltagsaktivitäten), Hyperaktivität (z. B. Zappeln mit Händen und Füssen, überaktiv, aufstehen, wenn es nicht angemessen ist) und Impulsivität (z. B. anderen ins Wort fallen, andere stören), was die Basis für die Diagnosestellung liefert.

Es gilt jedoch, im Erwachsenenalter einige Besonderheiten zu beachten:

- **Veränderung der Symptomatik im Zeitverlauf:** Der Bereich Hyperaktivität nimmt im Zeitverlauf eher ab, manifestiert sich eher als innere Unruhe (9).
- **Komorbide Störungen:** Komorbide Störungen nehmen im Zeitverlauf zu (10).
- **Erweiterung des Spektrums der Symptomatik:** Zur Kernsymptomatik treten eine Reihe weiterer klinisch relevanter Bereiche auf, z. B. emotionale Dysregulation oder Desorganisation werden deutlich (9).
- **Spätes erstmaliges Auftreten:** Bei vielen Erwachsenen wird die Diagnose nicht nur erstmals gestellt, sondern die Symptomatik zeigt sich oft dann erstmals in klinisch relevanter Weise (11).

ADHS in ICD-10, ICD-11 und DSM-5

Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist wie bei allen anderen psychischen Störungen anhand eines anerkannten Klassifikationssystems zu stellen. Derzeit

Tabelle 1:
Diagnose der ADHS in ICD-10, DSM-5 und ICD-11

	ICD-10 (Forschungskriterien)	DSM-5	ICD-11
Bezeichnung	F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	6A06 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
Beginn und Dauer	persistierendes Muster (mind. 6 Monate), beginnend vor dem 7. Lebensjahr	persistierendes Muster (mind. 6 Monate), beginnend vor dem 12. Lebensjahr	persistierendes Muster (mind. 6 Monate), beginnend vor dem 12. Lebensjahr
Bereiche	Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität	Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität	Unaufmerksamkeit Hyperaktivität Impulsivität
Diagnostischer Algorithmus	<ul style="list-style-type: none"> ● spezifiziert ● kein Symptom verbindlich 	<ul style="list-style-type: none"> ● spezifiziert ● kein Symptom verbindlich 	<ul style="list-style-type: none"> ● nicht spezifiziert, da klinische Leitlinien ● keine Vorgabe für bestimmte Anzahl von Symptomen («several»)
Spezifizierungen	<ul style="list-style-type: none"> ● keine ● Restkategorien (F90.8 Sonstige hyperkinetische Störung, F90.9 Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung) 	<ul style="list-style-type: none"> ● F90.0 Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild ● F90.1 Vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild ● F90.2 Vorwiegend gemischtes Erscheinungsbild ● Möglichkeit der Schweregrad-einteilung (leicht, mittel, schwer) ● Kodierung «teilremittiert» 	<ul style="list-style-type: none"> ● sog. «specifiers» zur Bezeichnung des im Vordergrund stehenden Störungsbilds ● 6A06.0 Vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild ● 6A06.1 Vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild ● 6A06.2 Vorwiegend gemischtes Erscheinungsbild
Situationen	situationsübergreifend, mehr als eine Situation	mindestens 2 verschiedene Lebensbereiche	manifestiert sich über verschiedene Situationen und Settings hinweg
Ausschluss	Störung erfüllt nicht die Kriterien <ul style="list-style-type: none"> ● F84 Entwicklungsstörung ● F30 Manische Episode ● F32 Depressive Episode ● F41 Angststörung 	<ul style="list-style-type: none"> ● Schizophrenie und andere psychotische Störungen ● andere psychische Störungen (u. a. affektive Störung) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Symptome nicht besser durch eine andere psychische Störung zu erklären (z. B. affektive Störung) ● Symptome nicht auf den Einfluss von Substanzen (z. B. Kokain) oder Medikamenten zurückzuführen

sind dies ICD-10, ICD-11 und DSM-5. ICD-10 ist seit 1992 gültig, ICD-11 offiziell seit 2022, wenngleich es noch keine offizielle deutschsprachige Übersetzung gibt, DSM-5 liegt im deutschsprachigen Raum seit 2015 vor. In *Tabelle 1* sind alle 3 Konzeptualisierungen einander gegenübergestellt. Gegenüber ICD-10 gab es speziell, was die ADHS betrifft, immer Vorbehalte (u. a. Ersterkrankungsalter vor 7 Jahren, zu ungenau, Kriterien für das Erwachsenenalter ungeeignet), oft wird in der Praxis auf die deutliche, präzisere Beschreibung des Störungsbilds im DSM-5 zurückgegriffen, das vor allem aber in der Forschung. In der ICD-11 wurden die kritischen Punkte revidiert (u. a. Ersterkrankungsalter bis 12 Jahre, Präzisierung der Symptombeschreibungen) und erstmals der Begriff ADHS eingeführt. Mit der ICD-11 findet somit eine Annäherung an DSM-5 statt, sodass zukünftig auf ICD-11 zurückgegriffen werden kann (sobald eine offizielle deutschsprachige Version vorliegt), da die Mitgliedsländer der WHO verpflichtet sind, nach ICD zu verschlüsseln. Es gibt jedoch eine Übergangszeit von zirka 5 Jahren, in denen ICD-10 und ICD-11 parallel verwendet werden können.

Differenzialdiagnostik und Komorbidität bei ADHS

Stärker noch als bei anderen psychischen Störungen stellt sich bei ADHS die Frage nach Differenzialdiagnosen (DD), vor allem deshalb, weil einige Störungen auch als komorbide Störungen auftreten können (12). Bei einer genauen Beachtung und Prüfung der Kriterien der jeweiligen Störung ist das in der Regel jedoch nicht kompliziert, zudem stehen eine Reihe diagnostischer Hilfsmittel zur Verfügung (siehe unten).

Schwierigkeiten im diagnostischen Prozess ergeben sich manchmal dadurch, dass eine Reihe von Kernsymptomen, welche die ADHS im Erwachsenenalter charakterisieren, sowie Begleitsymptome bei verschiedenen anderen psychischen Störungen ebenfalls auftreten können. Nachfolgend einige Beispiele:

- **Unaufmerksamkeit:** Im klinischen Sprachgebrauch meist als Konzentrationsstörung bezeichnet, kann bei fast allen psychischen Störungen als Begleitsymptomatik auftreten (z. B. schizophrene Störungen), ist bei anderen Störungen jedoch ebenfalls ein diagnostisches Kriterium (z. B. depressive Episode).

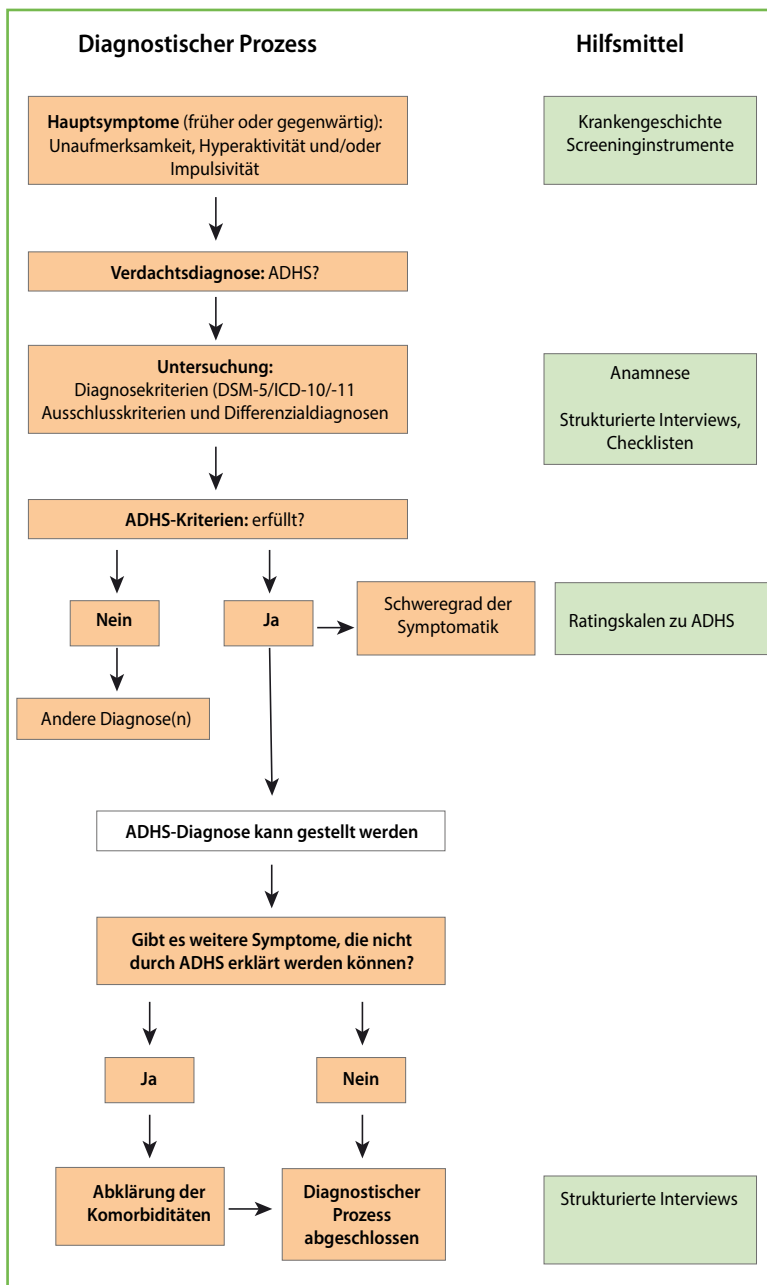


Abbildung: Diagnostischer Prozess bei ADHS (mod. nach [25], mit freundlicher Erlaubnis der Hogrefe AG)

- **Hyperaktivität:** Dieses Merkmal ist ebenso nosologisch unspezifisch und kann auch bei anderen Störungen auftreten (z. B. manische Episode).
- **Impulsivität:** Das Phänomen kann ein Persönlichkeitsmerkmal sein oder bei anderen Störungen als diagnostisches Kriterium gewertet werden (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung).
- **Emotionale Instabilität:** Dieses Merkmal wird oft als Stimmungsschwankungen bezeichnet und kann ebenfalls bei anderen Störungen auftreten (z. B. affektiven oder Persönlichkeitsstörungen).
- **Emotionale Dysregulation:** Dieses Phänomen kann bei Persönlichkeitsstörungen auftreten, speziell bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Im DSM-5 werden 7 Differenzialdiagnosen explizit genannt, in der ICD-10 sind es 3, in der ICD-11 sogar 11 (u. a. Autismus, Lernstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive und Angststörungen). Im DSM-5, besonders aber in der ICD-11 werden diese nicht nur aufgeführt, sondern die Unterschiede explizit erläutert. Da sich ADHS-Symptome auch in der Normalbevölkerung manifestieren können, jedoch in geringerer Ausprägung (13), ist eine Abgrenzung dazu sehr wichtig. Hier gibt die ICD-11 wie bei allen anderen psychischen Störungen eine Hilfestellung mit der expliziten Rubrik «Abgrenzung zur Normalität». Darin wird beschrieben, wie sich die Symptomatik im Normalbereich manifestieren kann bzw. nicht automatisch als klinisch relevant anzusehen ist. Im Vergleich zu vielen anderen psychischen Störungen zeigen sich höhere Komorbiditätsraten. Schätzungen gehen bis zu 80% (14). Als komorbide Störungen sind vor allem solche aus dem Bereich der affektiven Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen von Bedeutung (15). Das gilt es bei der diagnostischen Abklärung unbedingt zu berücksichtigen (siehe unten).

Diagnostischer Prozess und diagnostische Instrumente

Die Diagnosestellung basiert im Vergleich zu den meisten anderen psychischen Störungen nicht auf den Symptomen der klassischen Psychopathologie, sondern auf eher erlebens- und verhaltensnahen Merkmalen (siehe oben). Stärker noch als bei den meisten anderen psychischen Störungen sind alle zur Verfügung stehenden Informationen einzubeziehen. Beginnend bei vorliegenden Schul- oder Arbeitszeugnissen über die Befragung von Dritten (z. B. Eltern, Partner, Freunde) bis zum Patienten, der im Erwachsenenalter die jedoch wichtigste Informationsquelle darstellt. Jede Informationsquelle kann wichtige Beiträge zur Diagnosestellung liefern (z. B. Schul- und Arbeitszeugnisse über das Arbeitsverhalten, Berichte von Partnern über Interaktionsverhalten oder Probleme in der Partnerschaft).

In der *Abbildung* ist der diagnostische Prozess dargestellt, der in verschiedene Phasen aufgeteilt werden kann. Dieser ist mit jeweils unterschiedlichen Assessmentzielen verbunden (siehe auch 16, 17). Bei Verdacht auf eine ADHS bieten sich Screeningverfahren an. Meist kommen Patienten zwar selbst mit dem expliziten Wunsch nach Abklärung, oft ergeben sich aber Verdachtsmomente erst, wenn der Patient schon in Behandlung ist oder diese stagniert. Bei Verdacht auf das Vorliegen der Störung gilt es, diesen in einem nächsten Schritt mittels psychometrischer Verfahren bzw. diagnostischer Interviews weiter zu prüfen. Bestätigt sich der Verdacht, sollte eine differenzierte Erfassung des Schweregrads erfolgen. Diese kann als Ausgangspunkt für die spätere Evaluation des Therapieerfolgs verwendet werden. So können sich z. B. Hinweise auf das Ansprechen oder die Stagnation in der Therapie ergeben bzw. lässt sich das Ausmass der erreichten Veränderungen quantifizieren. Hinweisen auf Komorbiditäten muss unbedingt nachgegangen werden. Diese können sich bereits im diagnostischen Prozess ergeben, werden manchmal aber erst im Verlauf der Behandlung deutlich.

Als Hilfsmittel für die Diagnosestellung stehen eine Reihe testpsychologischer Verfahren in Form von Selbst-

Tabelle 2:
Deutschsprachige Testverfahren zur ADHS-Diagnostik

Verfahren (Abk.)	Autoren	Aufbau	Kommentar
Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE)	Rösler, Retz-Junginger, Retz & Stieglitz (9)	<ul style="list-style-type: none"> Wender-Utah-Rating-Skala (WURS-K; 25 Items) Wender-Reimherr-Interview (WRI; 33 Items) Wender-Reimherr-Selbstbeurteilung (WR-SB; 59 Items) ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (ADHS-SB; 22 Items) Diagnostische Checkliste zur ADHS (ADHS-CL; 22 Items) Checkliste komorbider Störungen (22 Items) 	<ul style="list-style-type: none"> S + F + I + CL dimensionale (Schweregrad; Referenzwerte, Cut-off-Werte bzw. Normen) und kategoriale Auswertungen ICD-10 und DSM-5 bzw. Diagnose nach P. Wender
ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E)	Schmidt & Petermann (18)	<ul style="list-style-type: none"> Kernscreening (ADHS-E; 25 Items) Fragebogen Langform (ADHS-LE; 65 Items) Substanzmittelscreening (15 Items) 	<ul style="list-style-type: none"> S Screening dimensionale Auswertung (Schweregrad Normen)
Kölner ADHS-Test für Erwachsene (KATE)	Lauth & Minsel (19)	<ul style="list-style-type: none"> 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» nach Barkley et al. (39 Items) Fragebogen zum Funktionsniveau (10 Items) 	<ul style="list-style-type: none"> S + F Screening Funktionsniveau, exekutive Funktionen dimensionale Auswertung (Schweregrad: Cut-off-Werte bzw. Normen) DSM-IV-TR
Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene (CAARS)	Christiansen, Hirsch, Abdel-Hamid & Kiss (20)	<ul style="list-style-type: none"> 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 Screeningversion: Selbstbeurteilung (CAARS-S SB; 30 Items) CAARS Screeningversion: Fremdbeurteilung (CAARS-S FB; 30 Items) 	<ul style="list-style-type: none"> S + F dimensionale Auswertung (Schweregrad; Normen)

Abkürzungen: S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren, I: Interview, CL: Checkliste

und Fremdbeurteilungsverfahren (Tabelle 2) sowie diagnostische Interviews (Tabelle 3) zur Verfügung. Alle Verfahren gibt es auf Deutsch. Bei der Verwendung von Fremdbeurteilungsverfahren und Interviews ist unbedingt ein vorheriges Training notwendig. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Diagnose ADHS letztlich immer eine klinische Diagnose ist, das heißt alle zur Verfügung stehenden Informationen integriert.

Die Auswahl von Untersuchungsverfahren ist von den Assessmentzielen abhängig. Nachfolgend einige Empfehlungen:

- Screening: HASE, ADHS-E
- Alleiniges Ziel ist Diagnosestellung: DIVA-5, IDA
- Erfassung von Diagnose und Komorbiditäten: DIPS Open Access

- Diagnose und differenzierte Erfassung der ADHS-Symptomatik: HASE

Verfahren, die auch dimensionale Beschreibungen erlauben bzw. den Schweregrad der Symptomatik abbilden, sind vor allem im Rahmen einer therapiebegleitenden Diagnostik von Bedeutung (siehe oben; vgl. Tabelle 2). Neuropsychologische Verfahren erlauben allein keine Diagnosestellung, können jedoch zur Quantifizierung von spezifischen Defiziten im Querschnitt und Verlauf beitragen (24). So wurden für ein weites Spektrum allgemeiner sowie spezifischer neuropsychologischer Funktionsbereiche Unterschiede zwischen Gesunden und ADHS-Patienten ermittelt (nicht nur allein Exekutivfunktionen). Diese Beeinträchtigungen scheinen aber unspezifisch zu sein, da auch andere psychi-

Tabelle 3:
Diagnostische Interviews zu ADHS

Verfahren (Abk.)	Autoren	Aufbau	Kommentar
Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (DIVA-5) 3. Aufl.	Kooij, Francken, Bron & Wynchank (21)	<ul style="list-style-type: none"> ● strukturiertes Interview ● DSM-5 ● Erfassung der ADHS-Symptomatik in Kindheit und im Erwachsenenalter 	● elaboriertestes Interview für ADHS
Integrierte Diagnose für ADHS im Erwachsenenalter (IDA)	Retz, Retz-Junginger & Rösler (22)	<ul style="list-style-type: none"> ● Screeningtest ASRS V1.1 (6 Items) ● Interview nach DSM-IV (mit Diagnosealgorithmus; 18 Fragen nach DSM-IV) 	Interview, kategoriale Auswertung; Adaptation an DSM-5 frei verfügbar: https://www.ida-r-digital.de
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS Open Access) 5. überarbeitete Aufl.	Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider (23)	<ul style="list-style-type: none"> ● strukturiertes Interview ● DSM-5 ● Modul für ADHS 	<ul style="list-style-type: none"> ● Open Access ● Erfassung von komorbiden Störungen zusammen mit ADHS

sche Störungen diese aufweisen (z. B. Schizophrenie, Depression).

Die Diagnosestellung kann durch eine Reihe von Problemen erschwert werden (9, 12, 14, 17, 26). Nachfolgend seien einige kurz skizziert:

- **Komorbiditäten:** Stehen andere psychische Störungen (z. B. depressive Störungen) oder Störungen durch psychotrope Substanzen im Vordergrund, ist eine Abklärung oft schwierig, da sich teilweise Überschneidungen auf Symptomebene zeigen.
- **Auftreten erst im Erwachsenenalter:** Bei einigen Patienten wird die Symptomatik erst im Erwachsenenalter deutlich, da sie bis dahin über Kompensationsmechanismen verfügt haben.
- **Mangelnde Motivation:** Manchmal erscheinen Patienten nicht aus eigenem Antrieb, sondern werden von Dritten dazu bewegt (z. B. Patient wird durch Partner geschickt = fremdmotiviert, besonders bei jungen Erwachsenen). Hier besteht die Gefahr für eine mangelnde Mitarbeitsbereitschaft bzw. unzureichende Auskunftsbereitschaft oder sogar für eine Bagatellisierung von Problemen.
- **Keine Fremdbeurteilung durch Dritte vorhanden:** Bei einer Reihe von Patienten, besonders älteren, sind Dritte als Informationsquelle nicht verfügbar, oder der Patient ist nicht damit einverstanden, dass Informationen bei diesen eingeholt werden.

- **Mangelnde Introspektionsfähigkeit:** Ein Reihe von Patienten hat Schwierigkeiten, ihre Probleme differenziert zu beschreiben. Da bei Erwachsenen der Patient selbst die wichtigste Informationsquelle ist, stellt diese Situation besondere Anforderungen an den Untersucher.
- **Minderbegabung:** Hier ergeben sich Probleme, da der Patient kaum in der Lage ist, die Schwierigkeiten hinreichend präzise zu beschreiben, auch der Einsatz psychometrischer Verfahren ist begrenzt bis unmöglich. Hier ergeben sich Grenzen vor allem für den Einsatz von Selbstbeurteilungsverfahren, den Informationen von Dritten kommt eine besondere Bedeutung zu.
- **Probleme bei der Erinnerung an die Kindheit:** Manche Patienten haben spontan nur vage oder keine Erinnerungen an die Vergangenheit. Der Einsatz von Selbstbeurteilungsverfahren zur retrospektiven Einschätzung hat sich als hilfreich erwiesen.
- **Fehlende Unterlagen aus der Vergangenheit:** Oft sind keine Zeugnisse vorhanden bzw. diese enthalten nur unzureichende Angaben (z. B. nur Noten, keine verbalen Umschreibungen).
- **Spezielle Untersuchungssituationen:** Es gibt eine Reihe von Situationen, die eine Abklärung besonders erschweren. Hierzu zählen beispielsweise Begutachtungen oder der explizite Wunsch nach Medikation. In diesen Fällen gilt es, besonders aufmerksam gegenüber Aggravation oder Simulation bzw. Bagatellisierung oder Dissimulation zu sein. ●

Merkmale:

- ADHS im Erwachsenenalter ist zwischenzeitlich eine etablierte und gut validierte Störung.
- ADHS ist auch im Erwachsenenalter eine häufige psychische Störung.
- Die Diagnose ist eine klinische Diagnose unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Informationen. Sie lässt sich weder durch testpsychologische Ergebnisse noch durch apparative Befunde allein stellen.
- Psychometrische Verfahren können einen wichtigen Beitrag zur Diagnosefindung liefern.
- Sie können zudem zur Evaluation der Therapie eingesetzt werden.
- Eine zuverlässige und möglichst frühzeitige Diagnose ist wichtig, um eine Behandlung anbieten zu können.

Korrespondenzadresse:
em. Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz
Obere Dorfstrasse 10a
4126 Bettingen
E-Mail: rdstieglitz@bluewin.ch

Referenzen:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2019; e from: www.nice.org.uk/guidance/NG87. Letzter Abruf: 6.1.23.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): S3-Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter» (AWMF-Registernummer 028-045). 2018; www.awmf.org. Letzter Abruf: 6.1.23.
3. Vos M et al.: The decreasing prevalence of ADHD across the adult lifespan confirmed. *J Glob Health*. 2022;12:03024.
4. de Zwaan M et al.: The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262:79-86.
5. Adamais D et al.: ADHD in adults: A systematic review and meta-analysis of prevalence studies in outpatient psychiatric clinics. *J Atten Disord*. 2022;26:1523-1534.
6. Gerhard S et al.: ADHD prevalence in the psychiatric population. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2022;26:165-177.
7. Jain R et al.: Addressing diagnosis and treatment gaps in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;19(5):17br02153.
8. Faraone SV et al.: The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789-818.
9. Rösler M et al.: HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe 2021.
10. Stahl SM et al.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Cambridge: Cambridge Medicine 2009.
11. Kosaka H et al.: Symptoms in individuals with adult-onset ADHD are masked during childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269:753-755.
12. Stieglitz RD: Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter – ein Update. *Neuro aktuell*. 2021;35:7-12.
13. Mörstedt B et al.: Normierung der Adult ADHD Self-report-Scale-V1.1 und der ADHS Selbstbeurteilungsskala an einer repräsentativen deutschsprachigen Stichprobe. *Diagnostica*. 2016;62:199-211.
14. Stieglitz RD et al.: ADHS im Erwachsenenalter. Göttingen: Hogrefe 2012.
15. Katzman MA et al.: Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017;302.
16. Stieglitz RD et al.: SOP Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter – Diagnosealgorithmus. *PSYCHup2date*. 2018;12:8-10.
17. Stieglitz RD: Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Neuro aktuell*. 2019;33:30-35.
18. Schmidt S et al.: ADHS-E. ADHS-Screening für Erwachsene (2. Aufl.). Frankfurt a. M.: Pearson 2013.
19. Lauth GW et al.: KATE. Kölner ADHS-Test für Erwachsene. Göttingen: Hogrefe 2014.
20. Christiansen H et al.: CAARS. Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene. Bern: Huber 2014.
21. Kooij JJS et al.: Diagnostic interview for ADHD in adults (3rd ed.; DIVA-5). DIVA Foundation 2019.
22. Retz W et al.: IDA. Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter. Homburg/Saar: Universitätsklinik des Saarlandes, Neurozentrum 2012.
23. Margraf J et al.: DIPS Open Access. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Bochum: Fakultät für Psychologie 2017.
24. Stieglitz RD et al.: Neuropsychologie bei ADHS-Patienten im Erwachsenenalter. In: Calabrese P, Markowitsch HJ (Hrsg.): Kognitive Störungen in Neurologie und Psychiatrie. Bad Honnef: Hippocampus. 2013. S.187-212.
25. Stieglitz RD et al.: Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter: Eine Bestandsaufnahme. *ZPPP*. 2015;63:7-13.
26. Stieglitz RD: Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Neuro aktuell*. 2019;33:30-35.