

sich aber außerdem das Übungsmaterial mit nach Hause genommen.

Mit dieser Form der kurzen Videoaufnahmen in zwei standardisierten Situationen hatten wir einen Weg gefunden, eine gute Dosierung zu finden. Wir haben dieses Verfahren bis jetzt über mehrere Jahrzehnte angewendet. Nicht nur der Alltag hat uns das mit den Erfolgen bestätigt, sondern wir haben in einer dritten Untersuchung auch die Ergebnisse eines ganzen Patientenjahrgangs überprüft. Wir fanden eine anhaltende gute Wirkung der mit der Videobeobachtung ermittelten Dosis, die über Jahre anhielt, und nur bei wenigen Patienten eine Dosisveränderung zwischen 2,5 und 5 mg nötig machte. Und die Mitarbeit blieb über vier Jahre erhalten. Diese Arbeit wurde im Januar 2025 online in der Monatsschrift für Kinderheilkunde veröffentlicht³.

Der genaue Blick ins Gesicht und auf den ganzen Menschen zeigt uns, dass wir ständig und ganzheitlich agieren und reagieren. ADHS führt nicht nur zu Unterschieden in Verhaltensergebnissen, sondern es gibt ständige kleine Störungen des Emotionsausdrucks. Viele Eltern haben uns auch berichtet, dass sie ihre betroffenen Kinder immer als etwas „komisch“ im Vergleich zu Spielkameraden oder nicht betroffenen Geschwistern fanden. Das konnte im Einzelfall auch dazu führen, dass die Eltern sich als unwirsch geworden beschrieben. Unter Behandlung kehrte dann oft die Freude zurück. Und die Kinder erlebten in der Regel, dass ihnen alle Aufgaben leichter fielen. Das konnten wir durch die signifikanten Verbesserungen in den Kopfrechenaufgaben auch nachweisen, die sich regelhaft bei der optimalen Dosis

zeigten. Das hat bei vielen zur Wiederherstellung oder Verbesserung ihrer Mitarbeitsbereitschaft geführt.

Fazit: Die kurze standardisierte videounterstützte Verhaltensbeobachtung bietet eine gute Möglichkeit zu unterstützen, wenn es mit der Medikation nicht so gut geht wie erwartet. Der weitere Vorteil ist, dass die Eltern ihr Kind besser verstehen und beobachten können. Und wenn sich das Kind als Jugendlicher dann fragt, ob das Medikament wirklich hilfreich ist, kann es das Video noch einmal anschauen und sehen, was es bewirkt. Auch das kann das Durchhalten der Behandlung erleichtern, solange sie noch nötig ist.

AUTOR | Dr. med. Hans-Jürgen Kühle

Kinder- und Jugendarzt und Neuropädiater,

Literatur:

- 1 Kühle, H.-J., Hoch, C., Rautzenberg, P., Jansen, F. Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS), **Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie** 50: 607-621, 2001
- 2 Kühle HJ, Kinkelbur J, Andes K, Heidorn FM, Zeyer S, Rautzenberg P, Jansen F. Self-regulation of visual attention and facial expression of emotions in ADHD children. **Journal of Attention Disorders** 2007 May;10(4):350-8. Erratum in: **J Atten Disord.** 2007 Sep;11(2):184-5.
- 3 Hans-Jürgen Kühle · Tanja Glaser · Helge Hudel · Gerhard Neuhäuser. Das Lächeln bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und sein Nutzen für die Behandlung - Ergebnisse vier Jahre nach videounterstützter Verhaltensbeobachtung. **Monatsschrift Kinderheilkunde** 20.1.2025, <https://doi.org/10.1007/s00112-024-02106-4>

ADHS im Alter

ADHS kennen die meisten Menschen nur als Kinderkrankheit von wilden und ungestümen Jungs, die nicht stillsitzen können. Dabei wissen wir seit über 20 Jahren, dass mehr als 60 % der von ADHS Betroffenen die typischen ADHS-Symptome auch im weiteren Lebensverlauf zeigen und diese werden auch im Alter nicht geringer. In der neuen weltweiten Klassifikation von Erkrankungen ICD 11 werden nun auch ADHS und Autismus als neuronale Entwicklungsstörung eingeordnet. Das bedeutete, dass ADHS nicht einfach wegzuthrapieren ist, sondern ein Weg gefunden werden muss, mit den Besonderheiten der ADHS einen guten Weg im Leben zu finden. ADHS-Betroffene sollen also nicht wie neurotypische Menschen werden, sondern mit ihrer besonderen Art zu sein einen guten Platz für sich finden und lernen, mit ihrem unterschiedlichen Stärke- und auch Schwä-

cheprofil gut umzugehen. ADHS ist nicht durch Trauma, Konflikte oder eine besondere Psychodynamik entstanden, sondern es ist eine vorwiegend genetische Besonderheit. Ein großer Nachteil ist, dass ADHS bisher noch viel zu wenig diagnostiziert und auch störungsspezifisch behandelt wird. Dabei ist es sehr gut zu behandeln und das dankbarste Krankheitsbild in der Psychiatrie. Je älter Patienten werden, desto weniger denken Fachärzte an ADHS, obwohl dieses im Alter auch immer noch eine große Rolle spielt.

Unbehandelt hat ADHS eine erhebliche Auswirkung auf die Lebensqualität der Betroffenen. Über 80 % der von ADHS Betroffenen entwickeln weitere seelische Erkrankungen, über 50 % sogar mehr als zwei psychische Komorbiditäten. Und auch körperliche Erkrankungen sind deutlich häufiger als bei neurotypischen Menschen.

Je älter ADHS-Patienten werden, desto mehr somatische Erkrankungen entwickeln sich. Dies ist vorwiegend der Lebensführung und den Auswirkungen der ADHS-Symptome in der gesamten Lebensspanne geschuldet. Gerade auch Berentung, Arbeitslosigkeit, körperliche Einschränkungen und soziale Isolation verstärken ADHS-Symptome ebenso wie deren Begleiterkrankungen. Die Diagnostik der ADHS im Alter stellt allerdings hohe Anforderungen, da sich z. B. die Symptome der ADHS mit neurologischen Erkrankungen wie Demenz überlappen können und Fachärzte dann genau schauen müssen, welche Einflussfaktoren bei den auftretenden Krankheitssymptomen eine Rolle spielen.

Aber wie häufig kommt nun ADHS im Alter vor?

Studien zeigen, dass im Erwachsenenalter etwa 3–3,5 % der Allgemeinbevölkerung von ADHS betroffen ist. Manche Studien zeigen sogar eine noch höhere Rate bis 5 % (1, 2, 6). ADHS ist damit eine häufige Störung und etwa 3-mal häufiger als die Schizophrenie. Umso erstaunlicher ist, dass es bisher eine Unterversorgung in der Diagnostik und Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter gibt. Offensichtlich beschäftigen sich nur wenige Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeuten mit ADHS und fühlen sich aktuell nicht ausreichend zuständig, eine ADHS-Diagnostik und Behandlung anzubieten. Besonders bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte wird nur selten an ADHS gedacht.

Wie häufig zeigt sich ADHS in den verschiedenen Lebensabschnitten?

Diese Frage ist gar nicht einfach zu beantworten, weil die Diagnostik in höherem Lebensalter unterschiedlich erfasst wird und das Auftreten von ADHS im Alter abnimmt, wenn auch nicht deutlich (3). Eine deutsche Studie, die auch ADHS-Symptome in der Kindheit erfasst, zeigte in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen immerhin, dass noch 3,1 % der Allgemeinbevölkerung von ADHS betroffen sind. Und in der Altersgruppe von 60–80 Jahren sind das immerhin noch 2,1 % (4).

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Lebenserwartung nach einer neuen englischen Studie bei ADHS-Frauen um 9 Jahre und bei ADHS-Männern um 7 Jahre verkürzt ist. Das ist mehr als bei vielen Tumorerkrankungen und diese Fakten sind auch eine der Erklärungen, warum im höheren Alter ADHS tatsächlich seltener wird (5).

Leider gibt es noch zu wenig Studien und Daten, um diese Altersgruppe besser erforschen zu können.

Aber auch im Alter zeigen sich noch deutlich die Kernsymptome der ADHS. Das Problem dabei ist, dass Ärzte und Psychotherapeuten oft nicht die richtigen Fragen stellen, um ADHS diagnostizieren zu können. Auch

bei Fachärzten gilt, dass man nur das erkennt, von dem man weiß. Die meisten Fachärzte und Psychotherapeuten haben in ihrer Ausbildung nie etwas von ADHS gehört und es ist wirklich ein Trauerspiel, dass es auch heute noch Universitäten gibt, die ADHS nicht in der Lehre berücksichtigen.

Meist berichten ADHS-Betroffene nicht spontan über ihre Symptome, denn sie sind ja schon so auf die Welt gekommen und haben sich oft wenig Gedanken darüber gemacht, dass andere Menschen anders wahrnehmen, reagieren und handeln.

Auch im Alter leiden ADHS-Betroffene unter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und erhöhter Ablenkbarkeit. Wie schon im Erwachsenenalter typisch, entwickeln 35–50 % der ADHS-Betroffenen zusätzlich Begleiterkrankungen wie Depressionen, die dann die ADHS-Symptome überlagern können. Meist kommen ADHS-Betroffene also in Behandlung, weil sie zusätzlich unter Depressionen, Angststörungen, Essstörungen oder Suchterkrankungen leiden. Ohne eine genaue Befragung und eine gründliche Erhebung der Krankheitsgeschichte kann die ADHS-Symptomatik oft nicht erfasst und damit auch nicht störungsspezifisch behandelt werden. Aber auch die ADHS-typischen Begleiterkrankungen können nicht ausreichend behandelt werden, wenn die darunter liegende ADHS nicht erfasst und richtig therapiert wird. Dann füttern sozusagen die Symptome der ADHS immer wieder die Begleiterkrankungen.

Betroffene werden depressiv, weil sie mehr Misserfolge haben. Sie entwickeln mehr Angststörungen, weil sie Angst haben zu versagen oder wieder etwas zu vergessen. Sie haben häufiger Suchtprobleme, weil sie Suchtmittel wie Rauchen oder Cannabis als Selbstbehandlung einsetzen.

Aktuell haben sich zwar die ADHS-Diagnosen verdreifacht, liegen aber immer noch deutlich unter den erwarteten 3 % der Allgemeinbevölkerung (7). Dabei werden die meisten Diagnosen bei Patienten in der ersten Lebenshälfte gestellt.

Leider gibt es bisher nur wenige aussagefähige Studien für die Altersgruppe über 50 Jahren. Eine Studie von Torgersen (8) zeigt, dass im Alter ADHS-Betroffene häufiger Singles sind (42 % versus 25 %). Auch sind sie häufiger arbeitslos und berichten von einer reduzierten Lebensqualität. Es zeigen sich mehr Scheidungen und weniger Kontakt zu anderen Familienmitgliedern. Betroffene haben schwierigere Lebensläufe und ein schlechteres Selbstwertgefühl. Das Thema Einsamkeit im Alter wird umso schwerwiegender, je weniger Kontakt zu Familienmitgliedern und Freunden besteht. Und bei ADHS-Betroffenen zeigt sich häufig im gesamten Lebenslauf eine Beeinträchtigung ihrer sozialen Kom-