

Hausärztliche Kurzintervention für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen – eine Machbarkeitsstudie

Brief Primary Care Intervention for Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) – a Feasibility Study

Cora Ballmann¹, Maria Steffens², Marcel Schulze², Sandra Nauerz¹, Mathias Berger³, Alexandra Philippsen², Jochen Gensichen¹

Hintergrund

ADHS bei Erwachsenen ist häufig in der Primärversorgung, leider teilweise fehldiagnostiziert und beeinträchtigend, aber hoch sensitiv für eine Behandlung. Neben Medikamenten hat kognitive Verhaltenstherapie einen positiven Effekt auf die Symptome. Wie sieht eine verhaltenstherapeutisch adaptierte Kurzintervention in der Versorgung erwachsener ADHS-Patient:innen aus? Wie ist ihre Praktikabilität und Akzeptanz im hausärztlichen Setting?

Methoden

Für diese prospektive interventionelle Machbarkeitsstudie wurden sechs allgemeinmedizinische Praxen (Hausärzt:innen 50 % weiblich) rekrutiert. Nach einer strukturierten Schulung erfolgte der Einschluss der Proband:innen (n = 11, ADHS-Diagnose, 18–65 Jahre) und die Durchführung der Intervention (4 Sitzungen à 30 min). Erhoben wurde der *Conner's Adult ADHD Rating Scale (CAARS-S)* prä/post als ein Maß für die Symptomschwere. Abschließend bewerteten Proband:innen (Fragebogen) und Hausärzt:innen (semistrukturiertes Interview) die Intervention. Es wurden Häufigkeiten deskriptiv, explorativ analysiert.

Ergebnisse

Der CAARS-S sowie die Einschätzungen der Proband:innen- und Hausärzt:innenbewertungen zeigten positive Hinweise bezüglich der Symptomschwere und des Befindens der Proband:innen nach der Kurzintervention. Hausärzt:innen hatten einen positiven Gesamteindruck des Konzepts. Kritisiert wurden insbesondere der zeitliche Aufwand sowie eine (noch) fehlende Abrechnungsmöglichkeit. Die Psychoedukations- und die Achtsamkeitssitzung wurden am besten bewertet. Alle Proband:innen würden sich wieder für die Kurzintervention entscheiden.

Schlussfolgerungen

Die untersuchte Kurzintervention für erwachsene ADHS-Patient:innen wurde sowohl von Patient:innen als auch von ärztlicher Seite als hilfreich und praktikabel bewertet. Folgestudien sollten prüfen, ob die Versorgung von erwachsenen ADHS-Patient:innen durch eine entsprechende Einbindung von Hausärzt:innen im Sinne eines Stufenmodells verbessert werden kann.

Schlüsselwörter

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS); Erwachsene; Kognitive Verhaltenstherapie; Hausärzt:innen

Background

Adult ADHD is common, unfortunately partially misdiagnosed and impairing, but sensitive for treatment. Beside medication, cognitive behavior therapy (CBT) has a positive impact on patient's symptoms. How would a CBT-adopted intervention for family physicians (FP) look like? What about practicability and acceptability in primary healthcare?

Methods

Six primary care practices (FPs 50 % female) were recruited for this prospective interventional feasibility study. After a structured training FPs included eligible patients (n = 11, ADHD diagnosis, 18–65 years) and performed the intervention (4 sessions à 30 minutes). *Conner's Adult ADHD Rating Scale (CAARS-S)* was used pre/post for monitoring symptom severity. Finally, patients (via questionnaire) and GPs (via semi-structured interview) evaluated the intervention. Statistical frequencies were analyzed descriptively, exploratory.

Results

The CAARS-S as well as the evaluation of patients and FPs showed a positive trend regarding indications of symptom severity and the patient's state of health. FPs had a positive overall impression of the concept of four sessions. Time effort and the (still) missing accounting opportunities were criticized most. Psychoeducation and the mindfulness session were top rated. All patients would opt for the intervention again.

Conclusions

The investigated brief primary care intervention for Adult ADHD was rated helpful and feasibly from both sides, patient's and FP's. Subsequent studies have to examine, if the health care of adults with ADHD improves by integrating FP's according a stepped care model.

Keywords

attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD); adult; cognitive behavior therapy (CBT); family physician (FP)

¹ Institut für Allgemeinmedizin, LMU Klinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Peer reviewed article eingereicht: 21.12.2020, akzeptiert: 18.01.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0072-0077

Einleitung

Die Prävalenz von ADHS bei Erwachsenen wird in Deutschland auf ca. 3 % geschätzt [1]. Die Symptome der Unaufmerksamkeit, motorischen Hyperaktivität (häufig in Form einer inneren Unruhe), Impulsivität und emotionalen Dysregulation führen zu einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und Teilhabe der Patient:innen [2]. Zudem haben die Betroffenen ein hohes Risiko für psychische Komorbiditäten, wie Depression, Angststörungen und Substanzkonsumstörungen [1].

Die aktuelle deutsche S3-Leitlinie empfiehlt eine Diagnosestellung und medikamentöse Therapie der ADHS bei Erwachsenen durch einen Spezialisten (Fachärzt:in für Psychiatrie/Neurologie/Psychosomatik oder ärztliche/psychologische Psychotherapeut:in) [3]. Die meisten Patient:innen werden jedoch nicht von einem Spezialisten gesehen [4]. Hausärzt:innen kommt als Gatekeeper eine entscheidende Rolle in der Versorgung zu [5]. Es stellt sich die Frage, ob die Rolle der Hausärzt:innen erweitert werden sollte [6]. Die kanadische Leitlinie für ADHS beispielsweise bestärkt Hausärzt:innen, ADHS bei Erwachsenen zu diagnostizieren und zu behandeln [7, 8]. Es mangelt jedoch an einer strukturierten Handlungsempfehlung für die Primärversorgung. Hier könnte eine hausärztliche Kurzintervention ansetzen.

Neben medikamentöser Therapie sind Psychoedukation und psychosoziale Interventionen Bestandteile der leitliniengerechten Behandlung erwachsener ADHS-Patient:innen [3]. Eine Metaanalyse zeigte, dass Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einen moderat positiven Effekt auf die Symptomschwere von ADHS, insbesondere auch auf die Lebensqualität der Patient:innen hat [9]. Scholz et al. kamen in einem systematischen Review zu dem Ergebnis, dass Verhaltenstherapie eine effektive Behandlung zur Reduktion der Unaufmerksamkeit ist, wobei längere Interventionen gegenüber kürzeren nicht sicher überlegen sind [10]. Verhaltenstherapeutische Studien in Deutschland aus dem psychiatrisch-fachärztlichen Bereich zeigen signifikante klinische Effekte [11, 12]. Eine hausärzt-

liche Kurzintervention, die auf der kognitiven Verhaltenstherapie basiert, könnte ein zusätzliches Angebot sein.

In dieser Machbarkeitsstudie soll eine solche Kurzintervention für erwachsene ADHS-Patient:innen auf ihre Praktikabilität und Akzeptanz im hausärztlichen Setting untersucht werden.

Methoden

Studiendesign und Intervention

Für die einarmige prospektive Untersuchung wurde eine KVT-basierte hausärztliche Kurzintervention für erwachsene ADHS-Patient:innen bestehend aus vier Sitzungen von einem Expert:innengremium entwickelt. Es handelt sich um eine psycho-educative Intervention für die Hausarztpraxis. Expert:innen sollten über hausärztliche, psychologische, psychiatrische und pädagogische Kompetenz verfügen. Die Auswahl der Expert:innen wurde vom Studienleiter vorgenommen. Alle Expert:innen sind Koautor:innen des Manuskripts (Hausärztliche Expertise: CB, JG; Hausärztliche und pädagogische Expertise: JG; Psychiatrische Expertise: AP [Schwerpunkt ADHS], MB; Psychologische Expertise: MSt, MSc; Klinische Studien in allgemeinmedizinischer bzw. psychiatrischer Praxis: AP, JG) Das Gremium hielt vier Arbeitstreffen innerhalb von drei Monaten ab.

Vor der ersten Behandlungssitzung erhalten die Proband:innen eine Psychoedukationsbroschüre. Die vier Sitzungen à 30 min umfassten folgende Elemente:

Sitzung 1: Ziel der ersten Sitzung ist es, die Symptome der ADHS als Symptome einer Krankheit und ihren Einfluss auf das Alltagsleben zu erkennen. Dabei wird vermittelt, dass die Probleme der Proband:innen ernst genommen werden, um die Erfahrung von häufigen Verharmlosungen der erlebten Alltagsschwierigkeiten zu widerlegen. Hausaufgabe: jeweils drei ADHS-Symptome und drei Stärken mit Alltagsbeispielen benennen.

Sitzung 2: Ziel der zweiten Sitzung ist es, ein tieferes Verständnis für die eigenen Ressourcen zu bekom-

men. Es soll die Zuversicht gewonnen werden, dass eigene Ressourcen den Umgang mit der ADHS verbessern können (Vulnerabilitätsstressmodell). Anschließend wird die konkrete Zeitplanung bearbeitet. Faktoren, die bisher die Zeitplanung erschwert haben, werden identifiziert. Strategien zur Priorisierung von Aufgaben sollen erlernt werden. Mittels sogenannter Vier-Felder-Tafel lernen die Proband:innen die Unterteilung wichtig/unwichtig, sowie dringend/nicht dringend kennen. Daraus ergeben sich insgesamt vier Kategorien: wichtig und dringend, wichtig und nicht dringend, unwichtig und dringend sowie unwichtig und nicht dringend. Jede Aufgabe soll einer der Kategorien zugeordnet werden und somit eine Priorisierung erfolgen. Aufgaben, die wichtig und dringend sind, sollen demnach sofort und selbstständig erledigt werden, wohin gegen beispielsweise unwichtige, nicht dringende Aufgaben zunächst ignoriert werden können. Hausaufgabe: Vier-Felder-Tafel.

Sitzung 3: Hier sollen Alltagsgewohnheiten, die im Zusammenhang mit der ADHS das Leben erschweren, identifiziert und verändert werden. Mittels einer Atemübung soll das Bewusstsein für die eigene Ablenkbarkeit gestärkt werden. Um sich nicht von der Ablenkbarkeit während des Lösen einer Aufgabe dominieren zu lassen, wird das Pomodoro-Konzept als Methode vorgestellt. Mittels Pomodoro-Konzept werden feste Zeitspannen für das konzentrierte Arbeiten im Wechsel mit Pausen festgelegt. Dadurch lernen die Proband:innen das konzentrierte Arbeiten am Stück und aus einer passiven Aufmerksamkeitssteuerung wird eine aktive. Hausaufgabe: Atemübung und Pomodoro-Konzept.

Die vierte Sitzung konnte wahlweise zu einem der zwei Themen durchgeführt werden (4a/4b):

Sitzung 4a: Ziel dieser Sitzung ist es, die oftmals chaotischen Arbeitsbedingungen zu identifizieren, die einen erfolgreichen Arbeitsabschluss verhindern. Persönliche Chaosverstärker werden bestimmt. Die Salami-taktik wird vorgestellt. Mittels Salami-taktik werden Aufgaben in kleinere Teilabschnitte unterteilt, um die Auf-

gabe insgesamt leichter bewältigen zu können. Belohnungsstrategien werden unterstützend vermittelt. Hausaufgabe: Salomitaktik.

Sitzung 4b: Diese Sitzung ist für solche ADHS-Patient:innen, die Schwierigkeiten haben ihre Stimmung zu regulieren und ihre Impulse zu kontrollieren. Informationen, die helfen zu erkennen, in welchen Bedingungen die Emotionsregulation und Impulskontrolle besonders gut oder besonders schlecht gelingen, sollen die Proband:innen stärken. Ein mentales Bild zur Visualisierung von Impulsivität versus bedachtem Handeln soll entwickelt werden. Mittels der 5-5-5-Strategie soll das bedachte Handeln gestärkt werden. Entsprechend dieser Strategie sollen die Proband:innen zunächst fünf Dinge die sie hören, fünf Dinge, die sie sehen und fünf Dinge, die sie fühlen, benennen, bevor sie handeln. Hausaufgabe: 5-5-5-Strategie.

Studienpopulation und Rekrutierung

50 allgemeinmedizinische Praxen aus dem Forschungspraxennetzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München wurden per E-Mail, Fax und/oder telefonisch informiert. Sechs dieser Praxen konnten rekrutiert werden. Nach einer Schulung zu der manualbasierten Kurzintervention erfolgte der Einschluss von elf Proband:innen durch die Hausärzt:innen. Die Haupteinschlusskriterien der Teilnehmenden stellten eine (fachspezialistisch gestellte) ADHS-Diagnose (ICD-10 Code F 90.0, F98.8 in hausärztlicher Dokumentation) sowie ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren und ein positives klinisches Assessment durch den Hausarzt/die Hausärztin zur Studienfähigkeit dar.

Zielgrößen

Erhoben wurden vor Durchführung der Intervention demografische Angaben und Angaben zu psychiatrischen Vorerkrankungen und Vorbehandlungen sowie die Kurzform der *Conner's Adult ADHD Rating Scale* (CAARS-S) zur Erhebung der aktuellen ADHS-Symptomschwere [13–15]. Der CAARS-S ermittelt neben einem ADHS-Index auch Störungen in den

Teilbereichen Unaufmerksamkeit/Gedächtnisprobleme (UAG), Hyperaktivität/motorische Unruhe (HUM), Impulsivität/emotionale Labilität (IEL) und Probleme mit dem Selbstkonzept (SKP). Die Rohwerte werden nach Alter und Geschlecht normiert, um eine Aussage über die klinische Relevanz der jeweiligen Störung zu treffen. Der *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) wurde zur Erhebung einer Depression, die *Overall Anxiety and Impairment Scale* (OASIS-D) zur Erhebung von Angststörungen verwendet [16–18].

Im Anschluss an die Intervention erfolgte eine erneute Erhebung des CAARS-S und eine Gesamtbewertung durch die Proband:innen mittels eines Fragebogens bestehend aus insgesamt 19 Fragen. Drei Fragen bezogen sich auf den subjektiven Erfolg der Intervention (zehnstufige Likertskala, 1 trifft nicht zu, 10 trifft voll zu), 13 Fragen darauf, was den Proband:innen geholfen hat/was wirksam für sie war (davon 12 geschlossene [ja/nein] und eine offene Frage). Drei weitere geschlossene Fragen (ja/nein), fragten nach der Durchführbarkeit der Übungen zuhause, der Absicht die Übungen in Zukunft durchführen zu wollen und ob die Proband:innen sich wieder für die Kurzintervention mit ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt entscheiden würden. Zudem wurde erneut die aktuelle Symptomschwere der ADHS-Symptome mittels des CAARS-S erhoben.

Die Hausärzt:innen bewerteten die Intervention mittels eines semi-strukturierten Interviews. Insgesamt wurden acht geschlossene Fragen zum zeitlichen Ablauf und der Integration in den Praxisalltag sowie zur Symptomschwere der Proband:innen und der Wirksamkeit gestellt. Darüber hinaus wurden offene Fragen zum Gesamteindruck, zu Vor- und Nachteilen, Verbesserungsvorschlägen, Schwierigkeiten, aber auch zur Schulung und zum Manual gestellt.

Die Auswertung der Studie erfolgte in Form einer deskriptiven Statistik (Häufigkeiten). Eine positive Bewertung durch die zuständige Ethik-Kommission des Universitätsklinikums der LMU München liegt vor (Nr. 20–599).

Ergebnisse

Rekrutierung und Schulung

Neun vollversorgende und an der gesetzlichen Krankenkassenversorgung teilnehmende Hausarztpraxen willigten in eine Studienteilnahme ein und erhielten eine Schulung. Drei Hausärzt:innen nahmen nach erfolgter Schulung nicht weiter an der Studie teil. Sechs Ärzt:innen führten alle vier Sitzungen mit insgesamt elf Proband:innen (je ein bis zwei) durch. Ein Proband brach die Studie nach zwei Sitzungen ab (meldete sich nicht mehr). Die Hausärzt:innen erhielten 200 Euro Aufwandsentschädigung für die Durchführung der vier Sitzungen.

Sieben der elf Proband:innen waren weiblich und vier männlich. Das Alter lag bei durchschnittlich 40,5 (Spannweite 18–57) Jahren. Sechs der Proband:innen waren verheiratet, eine/r geschieden, vier waren ledig. Sechs Proband:innen gaben an Kinder zu haben. Als höchsten Schulabschluss nannten drei einen Hauptschulabschluss, drei einen Realschulabschluss und fünf ein Abitur. Fünf der Proband:innen gaben an, eine psychiatrische Vorerkrankung zu haben, wovon fünf eine Depression, eine/r eine Angststörung und drei eine Alkoholabhängigkeit nannten (Mehrfachnennungen möglich). Sieben waren bereits einmal in psychotherapeutischer Behandlung. Ebenfalls sieben Proband:innen gaben an schon einmal Psychopharmaka (ausschließlich Methylphenidat) aufgrund ihrer ADHS genommen zu haben. Acht der Proband:innen hatten in den letzten vier Wochen Psychopharmaka genommen, davon fünf Methylphenidat, zwei Venlafaxin und eine/r Fluoxetin (Mehrfachnennungen möglich).

Der PHQ-9 ergab bei drei Proband:innen ein unauffälliges Ergebnis ($\text{PHQ-9} < 10$). Drei Proband:innen zeigten eine leichtgradige ($\text{PHQ-9} = 10\text{--}14$), zwei eine mittelgradige ($\text{PHQ-9} = 15\text{--}19$) und zwei eine schwere Depression ($\text{PHQ-9} > 19$). Der OASIS-D zur Erfassung von Angststörungen deutete bei vier Proband:innen auf das Vorliegen einer Angststörung hin ($\text{OASIS-D} > 8$).

Von den untersuchten Proband:innen zeigten vor Intervention acht einen auffälligen ADHS-Index mit klinischer Relevanz. Zudem ermittelte der CAARS-S klinisch relevante Störungen in den Teilbereichen UAG (n = 7), HUM (n = 6), IEL (n = 5) und SKP (n = 7) (Mehrfachnennungen pro Proband:in möglich). Eine Besserung von einer klinisch relevanten Störung (in einem oder mehreren Teilbereichen) hin zu einer nicht mehr klinisch relevanten Störung zeigten sechs der elf Proband:innen. Dabei besserten sich in zwei Fällen der ADHS-Index sowie folgende Teilbereiche UAG (n = 2), HUM (n = 1), IEL (n = 2), SKP (n = 2) (Mehrfachnennungen je Proband:in möglich). In einem Fall trat eine Verschlechterung im Bereich der SKP hin zu einer klinisch relevanten Störung auf. Die Rohwerte und t-Werte der einzelnen Proband:innen für die jeweiligen Kategorien vor und nach der Intervention finden Sie in der Tabelle 1.

Proband:innenbewertung

Nach Abschluss aller Sitzungen erfolgte eine Gesamtevaluation durch die Proband:innen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Proband:innen nach Durchführung der Intervention besser über ihre Erkrankung Bescheid wussten (Median 9, Minimum [Min] 6, Maximum [Max] 10; 1 trifft nicht zu, 10 trifft voll zu) und diese nach eigenen Angaben besser kontrollieren konnten (Median 7, Min 4, Max 10; 1 trifft nicht zu, 10 trifft voll zu). Zudem gaben die Proband:innen an, dass es Ihnen nach den vier Sitzungen besser ging (Median 8,5, Min 4, Max 10; 1 trifft nicht zu, 10 trifft voll zu).

Elf Proband:innen gaben an, dass Informationen über die Erkrankung und deren Ursachen, sowie das Thema Ressourcen geholfen haben. Auch alle weiteren Sitzungen/Übungen haben den meisten Proband:innen geholfen (Vier-Felder-Tafel zur Priorisierung (Sitzung 2) 6/11, Atemübung (Sitzung 3) 9/11, Pomodoro-Strategie (Sitzung 3) 8/11, Salami-Taktik (Sitzung 4a) 3/3, 5-5-5-Übung (Sitzung 4b) 7/8).

Alle Proband:innen empfanden zudem die Psychoedukationsbroschüre als wirksam. Die Arbeitsblätter zu

den Übungen dagegen wurden nur von sechs der elf Proband:innen als wirksam empfunden. Alle gaben an, dass die Ärztin/der Arzt und die Übungen wirksam für sie waren. Die Übungen konnten von allen Proband:innen zuhause durchgeführt werden und alle hatten vor, diese auch in Zukunft durchzuführen. Abschließend gaben alle Proband:innen an, dass sie sich wieder für die Kurzintervention mit ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt entscheiden würden.

Ärzt:innenbewertung

Sechs Hausärzt:innen (drei weiblich, drei männlich) führten die Intervention mit je ein bis zwei Proband:innen durch. Die Hausärzt:innen gaben an < 5 (n = 1), 10 (n = 1), 20 (n = 1), 40 (n = 1), > 40 (n = 2) ADHS-Patient:innen in ihrer Praxis zu betreuen. Eine abschließende Bewertung durch die Hausärzt:innen erfolgte telefonisch mittels eines semistrukturierten Interviews.

Der Gesamteindruck der Hausärzt:innen zu dem Konzept der hausärztlichen Kurzintervention mit vier Sitzungen à 30 min war gut (n = 4). Ein:e Hausärzt:in gab an, einen sehr guten Gesamteindruck zu haben. Ein:e Hausärzt:in hielt die Intervention für zu komplex und nicht durchführbar in der Hausarztpraxis auf Grund einer zu hoch eingeschätzten Anforderung und eines zu großen Zeitaufwandes.

Auf die Frage, was ihnen an der Intervention besonders gefallen hat, gaben die Hausärzt:innen die Psychoedukation (n = 4) mit besonderer Hervorhebung der Stärken von ADHS-Patient:innen sowie der Mitgabe einer Psychoedukationsbroschüre an. Zudem wurden folgende Punkte genannt: die Vier-Felder-Tafel zur Priorisierung (n = 4), Sitzung 3 zur Achtsamkeit (n = 5) sowie die Sitzung 4b zur Impulsivität (n = 2). Darüber hinaus wurde das Vorhandensein einfacher Übungen (n = 3), insbesondere auch die Durchführung dieser Übungen durch die Proband:innen zuhause genannt. Als verbesserungswürdig wurden primär zeitliche Aspekte benannt.

Zur Schulung gab es insgesamt wenige Anmerkungen. Bezüglich des

Manuals gaben die meisten Hausärzt:innen (n = 5) an, dass dieses Ihnen die Übungen gut erklärt habe.

Die Hausärzt:innen schätzten, dass 60 % (Median 60 %, Min 20 %, Max 100 %) von dem, was sie den Proband:innen vermittelt hatten, bei diesen angekommen sei. Sie gaben an, dass sich die Symptome der Proband:innen gar nicht (n = 3), leicht (n = 6), mittelmäßig (n = 1), sehr (n = 1) gebessert hätten.

Im Mittel wurden 30 min (Median 30, Min 15, Max 45 min) für die Durchführung der einzelnen Sitzungen gebraucht. In sechs Fällen hat die Zeit (30 min) für die Sitzungen mit den Proband:innen im Durchschnitt gereicht. In drei Fällen mussten einzelne Schritte weggelassen werden. In vier Fällen gaben die Hausärzt:innen an, das Programm bei der/dem Proband:in zeitlich gut in den Praxisalltag integrieren zu können.

Diskussion

Insgesamt gibt die Machbarkeitsstudie positive Hinweise für eine hausärztliche Kurzintervention zu ADHS bei Erwachsenen.

Als besonders wichtig wurden die Psychoedukation (Sitzung 1), die Vier-Felder-Tafel zur Priorisierung (Sitzung 2) und die Atemübung, Pomodoro-Strategie (Sitzung 3) hervorgehoben. Die Proband:innen empfanden darüber hinaus das Thema Ressourcen als hilfreich (Sitzung 1, 2).

Kritisiert wurde von hausärztlicher Seite vor allem der zeitliche Aufwand insgesamt, insbesondere der ersten Behandlungssitzung. Mehrfach wurde auch der Wunsch einer Abschluss-/Wiederholungssitzung geäußert, der in der weiteren Überarbeitung der Intervention Beachtung finden sollte. Die zeitliche Belastung wird von den Hausärzt:innen insbesondere im Zusammenhang mit einer fehlenden Abrechnungsmöglichkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen angeführt. Dies weist darauf hin, dass eine Bereitschaft zur Umsetzung der Intervention im genannten zeitlichen Umfang angenommen werden kann, wenn eine entsprechende Budgetierung gegeben ist.

Proband:in	01-001	01-002	02-001	02-002	03-001	03-002	04-001	04-002	05-001	05-002	06-001	Gesamt
ADHS-Index vorherabsolut	13	20	28	30	26	20	14	18	20	21	n.a.	21
ADHS-Index nachherabsolut	11	11	26	22	22	24	n.a.	19	19	9	14	17,7
ADHS-Index vorherklinisch relevant	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	n.a.	8
ADHS-Index nachherklinisch relevant	-	-	+	+	+	+	n.a.	+	+	-	+	7
UAG vorherabsolut	7	8	14	n.a.	8	11	5	9	13	10	8	9,3
UAG nachherabsolut	5	5	12	8	8	14	3	9	13	7	10	8,5
UAG vorherklinisch relevant	-	+	n.a.	n.a.	+	+	-	+	+	+	+	7
UAG nachherklinisch relevant	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+	7
HUM vorherabsolut	5	10	8	8	7	13	2	7	8	4	4	6,9
HUM nachherabsolut	2	4	8	6	7	15	0	7	8	1	2	5,45
HUM vorherklinisch relevant	-	+	+	+	-	+	-	+	+	-	-	6
HUM nachherklinisch relevant	-	-	+	+	-	+	-	+	+	-	-	5
IEL vorherabsolut	2	8	12	11	13	3	8	9	6	7	n.a.	7,9
IEL nachherabsolut	6	4	11	6	10	4	5	7	5	n.a.	4	6,2
IEL vorherklinisch relevant	-	-	+	+	+	-	+	+	-	-	n.a.	5
IEL nachherklinisch relevant	-	-	+	-	+	-	-	+	-	-	-	3
SKP vorherabsolut	10	4	13	14	8	13	1	5	6	11	10	8,6
SKP nachherabsolut	9	4	12	13	8	15	4	8	6	11	8	8,9
SKP vorherklinisch relevant	+	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	7
SKP nachherklinisch relevant	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	-	6
CAARS vorherinkonsistent	i	-	-	i	-	-	-	-	i	i	i	
CAARS nachherinkonsistent	-	-	-	i	i	-	-	-	-	-	-	

UAG = Unaufmerksamkeit/Gedächtnisprobleme, HUM = Hyperaktivität/motorische Unruhe, IEL = Impulsivität/emotionale Labilität, SKP = Probleme mit dem Selbstkonzept

Tabelle 1 Ergebnisse des CAARS-S vor und nach Intervention. Gezeigt werden die Rohwerte und t-Werte der einzelnen Proband:innen für die jeweiligen Kategorien des CAARS-S vor und nach Intervention. Grau hinterlegt sind Spalten, in denen zumindest ein CAARS-S (vorher/nachher) einen positiven Inkonsistenz-Index vorwies. Grün markiert sind Verbesserungen, rot markiert sind Verschlechterungen.



Cora Ballmann ...

... ist Ärztin in Weiterbildung und seit 2020 Teilnehmerin im Führungskräfteprogramm Weiterbildung Allgemeinmedizin des LMU Klinikums München.

Foto: Nina von Wiese

Da es sich bei der Studie um eine Machbarkeitsstudie handelt, konnte nur eine nicht repräsentative Stichprobe einbezogen werden. Sehr weit gefasste Einschlusskriterien dienten eher dem Ziel der Machbarkeitsuntersuchung, weniger der Repräsentativität. Auch mögliche Störfaktoren, wie die Schwere der Erkrankung, bereits erhaltene Psychotherapie, Komorbiditäten und die Einnahme von Medikamenten mussten hier unberücksichtigt bleiben.

Als Zielgruppe für die Intervention, die in der Versorgung geeignet sein könnte, kommen im Sinne eines Stufenmodells Patient:innen mit Erstverdacht infrage, da sie z.T. lange Wartezeiten bei Spezialisten haben [5, 19]. Mittels einer solchen Kurzintervention könnten diese Wartezeiten überbrückt und erste Therapieschritte ggf. eingeleitet werden. Auch für ADHS-Patient:innen mit leichten bis mittelschweren Symptomen sollte eine solche Intervention geprüft werden.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend wurde die hausärztliche Kurzintervention für erwachsene ADHS-Patient:innen sowohl von Proband:innen, als auch von ärztlicher Seite als hilfreich und machbar bewertet. Die Psychoedukation und Achtsamkeit erscheinen den Befragten besonders wirksam. Folgestudien sollten prüfen, ob die Versorgung von erwachsenen ADHS-Patient:innen durch eine entsprechende Einbindung von Hausärzt:innen im Sinne eines Stufenmodells verbessert werden kann.

Danksagung: Wir danken der Stiftung Allgemeinmedizin und den hausärztlichen Kolleginnen: Dr. Erwin Köck, Traunreut; Dr. Markus Mädler, Bad Endorf; Dr. Lothar Schmittziel, Daglfing; Dr. Michael Haberland, Ottobeuren; Dr. Christine Meier, Dietfurt; Dr. Ute Wahlländer, Pullach im Isartal.

Interessenkonflikte:

Prof. M. Berger: wissenschaftlicher Beirat der Oberbergkliniken. Prof. A. Philipsen: Beratungstätigkeit für Shire/Takeda, Medice, Boehringer, Honorar für Vorträge von Medice, Takeda. Die anderen Autoren geben keine Interessenskonflikte an.

Literatur

1. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017; 9: 47–65
2. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 371–377
3. Fachgesellschaften. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsenzbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. AWMF online 2017; 198
4. Schlander M, Schwarz O, Trott GE, Viapiano M, Bonauer N. Who cares for patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)? Insights from Nordbaden (Germany) on administrative prevalence and physician involvement in health care provision. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 430–438
5. French B, Perez Vallejos E, Sayal K, Daley D. Awareness of ADHD in primary care: stakeholder perspectives. *BMC Fam Pract* 2020; 21: 45
6. Cubbin S, Leaver L, Parry A. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: common in primary care, misdiagnosed, and impairing, but highly responsive to treatment. *Br J Gen Pract* 2020; 70: 465–466
7. Klassen LJ, Blackwood CM, Reaume CJ, Schaffer S, Burns JG. A survey of adult referrals to specialist attention-deficit/hyperactivity disorder clinics in Canada. *Int J Gen Med* 2018; 11: 1–10
8. Alliance CCAR. Canadian ADHD Practice Guidelines 4.1. Edition. 2020

9. Lopez-Pinar C, Martinez-Sanchis S, Carbonell-Vaya E, Fenollar-Cortes J, Sanchez-Meca J. Long-term efficacy of psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Front Psychol* 2018; 9: 638
10. Scholz L, Werle J, Philipsen A, et al. Effects and feasibility of psychological interventions to reduce inattention symptoms in adults with ADHD: a systematic review. *J Ment Health* 2020: 1–14
11. D'Amelio R, Retz W, Philipsen A, Rösler M. Psychoedukation und Coaching – ADHS im Erwachsenenalter: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen: Elsevier; 2018
12. Hoxhaj E, Sadohara C, Borel P, et al. Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2018; 268: 321–335
13. Conners CK, Sparrow EP. Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). In: *Systems NTM-H ed*; 1999
14. Christiansen H, Kis B, Hirsch O, et al. German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS) II: reliability, validity, diagnostic sensitivity and specificity. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 321–328
15. Christiansen H, Kis B, Hirsch O, et al. German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales-self-report (CAARS-S) I: factor structure and normative data. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 100–107
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606–613
17. Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MB. Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depress Anxiety* 2006; 23: 245–249
18. Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, et al. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord* 2009; 112: 92–101
19. Kammer BP. BPTK Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Bundespsychotherapeutenkammer 2011

Korrespondenzadresse

Cora Ballmann
Institut für Allgemeinmedizin
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München
Pettenkofenstr. 10, 80336 München
cora.ballmann@med.uni-muenchen.de