

Der spannende Fall

Nervenarzt 2025 · 96:300–303
<https://doi.org/10.1007/s00115-025-01807-9>
Angenommen: 1. Januar 2025
Online publiziert: 5. März 2025
© The Author(s) 2025

Redaktion
M. Bauer, Dresden
K. Domschke, Freiburg



Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im höheren Lebensalter – Für ADHS ist es nie zu spät

Svenja Wudy¹ · Nicole Mauche² · Jue Huang² · Maria Strauß^{1,2}

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, AöR, Leipzig, Deutschland

² Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

Hintergrund

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine Entwicklungsstörung beginnend im Kindesalter und charakterisiert durch Symptome der Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und motorischen Hyperaktivität [5].

Einige oder alle dieser Symptome bleiben in etwa 40–60% der Fälle bis ins Erwachsenenalter bestehen [4], was zu einer weltweiten Prävalenz von 5,29% führt [10]. Inzwischen ist bekannt, dass sich Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität über die Lebensspanne verändern und eine geringere Ausprägung zeigen [14]. Studien indizieren eine Prävalenz von ca. 1,5–2,2% im höheren Lebensalter [3].

Die ADHS im höheren Lebensalter bedingt Besonderheiten in der Diagnostik und im Behandlungsplan. Dazu zählen die Abgrenzung zu anderen psychischen Störung und das erhöhte Risiko für neurodegenerative Erkrankungen. Zudem ist bei der Therapie das Einbeziehen kardiovaskulärer Risikofaktoren erforderlich [12, 13].

Im Folgenden soll das klinische Vorgehen bei der Verdachtsdiagnose ADHS bei älteren Betroffenen anhand zweier Fallbeispiele mit Fokus auf potenzielle Fallstricke beleuchtet werden.

Fall 1

Berichtet wird von einer 62-jährigen Patientin, die mit einer schweren depressiven Episode bei vorbekannter rezidivierender depressiver Störung und einer bisherigen Therapieresistenz auf eine Spezialstation für affektive Störungen aufgenommen wurde. Die Erstdiagnose Depression wurde vor 24 Jahren gestellt. An somatischen Komorbiditäten lagen eine arterielle Hypertonie sowie Hyperlipidämie vor.

Anamnestisch berichtete sie von mehreren stationären psychiatrischen, psychotherapeutischen und medikamentösen Therapiever suchen, u.a. mit Bupropion, Venlafaxin, Mirtazapin, Amitriptylin und Lithium. Klinisch fielen neben einem depressiven Syndrom, ein desorganisiertes Verhalten, eine erhöhte Ablenkbarkeit mit Störung des zielgerichteten Handelns und ein schlechtes Zeitmanagement auf. Die Patientin berichtete zudem von einer unabhängig von der depressiven Symptomatik vorhandenen inneren Unruhe, welche zu einer Vermeidung langfristiger Ruhe führte.

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik für therapieresistente Depressionen erfolgte auch ein ADHS-Screening, das einen positiven Befund ergab. Die ausführliche ADHS-Diagnostik bestätigte den Verdacht (► Tab. 1). Eine cMRT-Bildgebung zeigte neben mikroangiopathischen Markla-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Tab. 1 Auszug der standardisierten ADHS-Diagnostik

	Fall 1	Fall 2
<i>Adult ADHD Self-Report Scale</i>	7/18	16/18
<i>Wender Utah Rating Scale</i>	RW 39; KW 7	RW 55; KW 2
<i>Conners' Adult ADHD Rating Scale</i>	Inkonsistenzindex 6 ADHS-Index RW 24 (T = 88) DSM-Unaufmerksamkeit RW 18 (T = 89) DSM-Hyperaktivität/Impulsivität RW 16 (T = 82) DSM-Gesamt RW 34 (T = 90)	Inkonsistenzindex 5 ADHS-Index RW 24 (T = 90) DSM-Unaufmerksamkeit RW 21 (T = 87) DSM-Hyperaktivität/Impulsivität RW 20 (T = 76) DSM-Gesamt RW 41 (T = 90)
<i>Wender-Reimherr-Interview</i>	Aufmerksamkeit 2/4 Überaktivität 3/4 Temperament 2/4 Affektive Labilität 1/4 Emotionale Überreagibilität 3/4 Desorganisation 2/4 Impulsivität 2/4 Gesamt: 15/28	Aufmerksamkeit 3/4 Überaktivität 3/4 Temperament 3/4 Affektive Labilität 3/4 Emotionale Überreagibilität 2/4 Desorganisation 3/4 Impulsivität 2/4 Gesamt: 19/28
<i>Strukturiertes klinisches Interview für DSM-5®-Störungen</i>	F90.0 F33.2	F90.0 F33.2
<i>ADHS-Selbstbeurteilungsbogen</i>	Gesamt RW: 34/54 Unaufmerksamkeit RW 19/27 Hyperaktivität RW 12/15 Impulsivität RW 5/12 DSM-IV Unaufmerksamkeit 9/9 Hyperaktiv/impulsiv 8/9 DSM-IV streng Unaufmerksamkeit 7/9 Hyperaktiv/impulsiv streng 5/9	Gesamt RW: 41/54 Unaufmerksamkeit RW 18/27 Hyperaktivität RW 13/15 Impulsivität RW 10/12 DSM-IV Unaufmerksamkeit 9/9 Hyperaktiv/impulsiv 9/9 DSM-IV streng Unaufmerksamkeit 7/9 Hyperaktiv/impulsiv streng 9/9
<i>Kölner ADHS-Test für Erwachsene</i>	RW 144	RW 120
<i>RW</i> Rohwert, <i>KW</i> Kontrollwert		

gerläsionen einen altersentsprechenden Befund.

Bei vordergründiger depressiver Symptomatik erfolgte eine Hierarchisierung der Behandlung. Neben einer antidepressiven Kombinationstherapie, bestehend aus Duloxetin 60 mg und Agomelatin 25 mg wurde die Patientin in das multimodale stationäre Behandlungskonzept integriert. Das Duloxetin wurde aufgrund der Präferenz der Patientin eingesetzt, da sie in der Vergangenheit mit diesem Präparat die besten Erfahrungen gemacht hatte. Eine RR- oder Pulserhöhung traten als Nebenwirkung nicht auf. Nach Besserung der depressiven Symptome wurde eine ADHS-spezifische Medikation mit retardiertem Methylphenidat 20 mg begonnen. Leider entwickelte sich hierunter ein Arzneimittelexanthem, sodass ein Wechsel zu Lisdexamphetamin 50 mg erfolgte. Aufgrund des Patientenalters erfolgte die Titration in kleinen Schritten und unter engmaschigem Monitoring der Psychopathologie als auch regelmäßiger Herz- und Kreislaufkontrollen. Aufgrund der bestehenden Hyperlipidämie wurde eine Statintherapie eingeleitet.

Darunter kam es zu einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik als auch der ADHS-spezifischen Funktions einschränkungen, sodass die Entlassung ins ambulante Setting erfolgen konnte.

Fall 2

Ferner wird von einer 65-jährigen Patientin berichtet, die sich ebenso mit einem schweren depressiven Syndrom bei rezidivierender depressiver Störung mit Therapieresistenz zur stationären Aufnahme vor stellte. Die Erstdiagnose Depression wurde vor 23 Jahren gestellt.

Psychopathologisch fiel zusätzlich eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung mit desorganisiertem Verhalten auf. Weiterhin zeigten sich in der klinischen Verhal tensbeobachtung der Patientin Probleme, planvoll und effizient zu handeln. Die Patientin berichtete über Probleme der Emotionsregulation und über Schwierigkeiten, spontanen Handelsimpulsen zu widerstehen und Störreize auszublenden. Sie gab an, unter einer inneren Unruhe und Schlaf störungen zu leiden. Sie berichtete, genannte Symptome seit der Kindheit zu ken-

nen. Während depressiver Episoden könne sie diese Probleme schwerer kontrollieren und ausgleichen. An Komorbiditäten ließ sich eine arterielle Hypertonie eruieren.

Auch bei dieser Patientin war das durch geführte ADHS-Screening positiv, die ausführliche ADHS-Diagnostik bestätigte die Diagnose ADHS (**Tab. 1**).

Zunächst wurde die antidepressive Medi kation aufgrund von Wirkungslosigkeit von Duloxetin 60 mg auf Mirtazapin 15 mg umgestellt.

Aufgrund einer hypertensiven Blut drucklage erfolgte eine antihypertensive Behandlung mit Amlodipin und Ramipril. Eine kardiologische Vorstellung inklusive einer Langzeitblutdruckmessung ergab keine Kontraindikation für eine medikamentöse Behandlung. Nach Erreichen normotensiver Blutdruckwerte wurde aufgrund des Leidensdrucks der Patientin mit Lisdexamphetamin 30 mg begonnen. Die Blutdruckkontrollen zeigten darunter erneut hypertensive Werte. Außerdem beklagte die Patientin eine Zunahme der Unruhe. Daher erfolgte die Umstellung auf retardiertes Methylphe nidat, das langsam auf eine Tagesdosis

Der spannende Fall

von 40 mg titriert wurde. Auch hierunter entwickelte die Patientin hypertensive Werte. Zusätzlich beklagte sie Herzrasen und eine anhaltende Diarröh, weshalb die erneute Umstellung auf Atomoxetin 40 mg bei guter Verträglichkeit erfolgte. Hierunter kam es zu einer deutlichen Beserung sowohl der depressiven als auch der ADHS-Symptome einschließlich der Schlafstörung.

Diskussion

Eine ADHS kann auch im höheren Alter als Komorbidität bei affektiven Störungen bestehen. In diesem Zusammenhang ist die ADHS insbesondere bei Therapieresistenz oder bei rezidivierenden depressiven Störungen in die Diagnostik miteinzubeziehen [6].

Auch bei älteren Betroffenen kann eine zuverlässige ADHS-Diagnosestellung erfolgen, wobei das diagnostische Verfahren den S3-Leitlinien für Erwachsene entsprechen sollte. Neben den *Homberger ADHS-Skalen*, welche auch für Erwachsene über 60 Jahren validiert wurden [9], hat sich die *Kurzfassung der Conners' Adult ADHD Rating Scales* bewährt [2]. Eine Fremdanamnese und beispielsweise Verhaltensbeschreibungen in Grundschulzeugnissen können weitere wertvolle Hinweise liefern.

Das Management somatischer Komorbiditäten ist in dieser Patientengruppe besonders herausfordernd. Auch sollte in den differenzialdiagnostischen Erwägungen das altersbedingt erhöhte Risiko für neurodegenerative Erkrankungen Berücksichtigung finden. Eine umfassende neurologisch-internistische Untersuchung, einschließlich laborchemischer Bestimmung potenzieller Risikoprofile, Herz-Kreislauf-Untersuchungen wie Langzeitblutdruckprofile oder das Hinzuziehen anderer Fachdisziplinen, sollten vor einer medikamentösen Behandlung mit Psychostimulanzien erfolgen [11].

Bei der Indikationsstellung zur Pharmakotherapie älterer Erwachsener mit ADHS sollten Faktoren wie der Schweregrad der Symptomatik und die Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen berücksichtigt werden. Die Präferenzen Betroffener, psychosoziale, psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen als

auch das retrospektive Verständnis eigener Verhaltensmuster ermöglichen einen individualisierten Behandlungsplan und sollten in einem multimodalen Therapiekonzept Berücksichtigung finden. Bereits die Selbsterkenntnis durch die ADHS-Diagnosestellung bietet wertvolle Einblicke in die biographische Entwicklung [1]. Eine reine nichtmedikamentöse Therapie kann vor dem Hintergrund erhöhter Nebenwirkungen bei gleichzeitig fehlendem zielgerichtetem Wissen der ADHS-Behandlung im höheren Lebensalter diskutiert werden.

Obgleich bei älteren Betroffenen mit ADHS spezifische Besonderheiten zu berücksichtigen sind, sollte nach sorgfältiger Abwägung potenzieller Kontraindikationen sowie nach Minimierung entsprechender kardiovaskulärer Risikofaktoren als auch dem adäquaten Rückgang der depressiven Symptomlast eine leitlinienkonforme medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien in Erwägung gezogen werden. Auch außerhalb des altersgemäßen Zulassungsbereiches einiger Psychostimulanzien kann im Einzelfall eine medikamentöse Behandlung mit Betroffenen diskutiert werden, eine entsprechende Aufklärung über das unter Psychostimulanzien depressiogene sowie kardiovaskuläre Nebenwirkungspotenzial sowie die Nutzung des Medikaments im Off-label-Bereich sollte erfolgen.

Entgegen des beschriebenen depressiogenen Nebenwirkungspotenzials konnten Lavretsky et al. sogar eine signifikante Überlegenheit bei gleichzeitig guter Verträglichkeit einer Kombinationstherapie bestehend aus Citalopram sowie Methylphenidat im Vergleich zu Citalopram plus Placebo oder Methylphenidat plus Placebo bei der medikamentösen Behandlung älterer depressiver Patienten aufzeigen [7]. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2022 zeigte ebenfalls eine gute kardiovaskuläre Verträglichkeit ADHS-spezifischer Medikation, einschließlich Psychostimulanzien [8]. Dennoch konnte auch im Rahmen einer Kohortenstudie bei älteren Erwachsenen ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse durch die Einnahme von Stimulanzien, insbesondere bei Therapiebeginn dargestellt werden, während für die Langzeiteinnahme kein Zusammenhang bestand [12].

Fazit für die Praxis

- Das Vorliegen einer ADHS im höheren Lebensalter ist nicht ausgeschlossen und sollte leitliniengerecht diagnostiziert und behandelt werden.
- Auch bei dieser Altersgruppe kann eine verlässliche ADHS-Diagnose gestellt werden.
- Die Indikation für eine Behandlung mit Psychostimulanzien sollte nach sorgfältiger Abwägung erfolgen.
- Somatische Erkrankungen sollten in den Behandlungsplan integriert werden, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist hierbei besonders empfehlenswert.

Korrespondenzadresse

Svenja Wudy

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, AöR
Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig,
Deutschland
svenja.wudy@medizin.uni-leipzig.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Wudy, N. Mauche, J. Huang und M. Strauß geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patient/-innen zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern/Vertreterinnen eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz befügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. AWMF (2017) Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. AWMF-Registernummer 028-045
2. Christiansen H, Kis B, Hirsch O et al (2011) German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales-self-report (CAARS-S) I: factor structure and normative data. Eur Psychiatr 26(2):100–107
3. Dobroslavljevic M, Solares C, Cortese S et al (2020) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev 118:282–289
4. Faraone SV, Biederman J, Mick E (2006) The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med 36(2):159–165
5. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I et al (2017) The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Atten Defic Hyperact Disord 9(1):47–65
6. Kessler R (2006) The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 163(4):716
7. Lavretsky H, Reinlieb M, Cyr StN et al (2015) Citalopram, methylphenidate, or their combination in geriatric depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry 172(6):561–569
8. Le Zhang YH, Li L et al (2022) Risk of Cardiovascular Diseases Associated With Medications Used in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. Jama Netw Open 5(11):e2243597
9. Philipp-Wiegmann F, Zinnow T, Retz W et al (2017) Psychometrische Güte der Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente ADHS-SB und Wender-Reimherr-Interview bei Senioren mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Psychometric Properties of the Self- and Observer-Ratings ADHD-SR and Wender-Reimherr-Interview in the Assessment of ADHD Symptoms in Old Age). Psychiatr Prax 44(7):400–405
10. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL et al (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 164(6):942–948
11. Praus P, Moldavský A, Alm B et al (2023) Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im höheren Lebensalter (Epidemiology, diagnostics and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in advanced age). Nervenarzt 94(11):1043–1049
12. Tadrous M, Shakeri A, Chu C et al (2021) Assessment of Stimulant Use and Cardiovascular Event Risks Among Older Adults. Jama Netw Open 4(10):e2130795
13. Tzeng N-S, Chung C-H, Lin F-H et al (2019) Risk of Dementia in Adults With ADHD: A Nationwide, Population-Based Cohort Study in Taiwan. J Atten Disord 23(9):995–1006
14. Vos M, Hartman CA (2022) The decreasing prevalence of ADHD across the adult lifespan confirmed. J Glob Health 12:3024



Ihr Beitrag in *Der Nervenarzt*

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ab sofort finden Sie ergänzend zu unseren bisherigen Rubriken auch spannende und lehrreiche Fallberichte in *Der Nervenarzt*.

Tragen Sie dazu bei und reichen Ihr **Manuskript für die Rubrik „Der spannende Fall“ ein!**

The thumbnail shows a page from a medical manuscript. At the top left is a circular logo with the text 'Der spannende Fall'. The main title of the article is '„Brain sagging dementia“ – eine seltene, potenziell reversible Demenzursache'. Below the title is a grayscale image of a brain scan (MRI or CT) showing abnormalities. The text continues with a detailed description of the case, mentioning symptoms like memory loss and cognitive decline, and how they were managed with medication. It also includes a section on differential diagnosis and treatment. At the bottom right of the page is a QR code and the text 'QR-Code zum Download des Beitrags'.

Manuskriptrichtlinien:

- Umfang ca. **8.000-12.000 Zeichen** (inkl. Leerzeichen, inkl. Legenden, Tabellen, Literatur)
- Fügen Sie gerne **Abbildungen** hinzu.
- Zusammenfassung der wichtigsten Punkte in einem „**Fazit für die Praxis**“.

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an die Redaktion (sara.weber@springer.com) oder die zuständigen Rubrikherausgeber Prof. Katharina Domschke und Prof. Michael Bauer wenden:

katharina.domschke@uniklinik-freiburg.de
michael.bauer@ukdd.de

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.