

ADHS und Beruf

Dr. med Dieter Pütz
Klinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Lug ins Land 5
31848 Bad Münster
05042/600212

Dieter.Puetz@mediclin.de

Schlüsselwörter: ADHS, Psychotherapie, Medikation, sozialmedizinische Beurteilung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter ist ein Risikofaktor für komorbide psychische Erkrankungen und negative psychosoziale Konsequenzen. Die Behandlung folgt einem multimodalen Ansatz. Dabei scheint eine Kombinationsbehandlung aus Medikation und Psychotherapie einer alleinigen Medikation überlegen zu sein. Fragen die sich hinsichtlich einer sozialmedizinischen Begutachtung ergeben, werden dargestellt.

Keywords: ADHD, Psychotherapy, Medikation, social medical assessment

The attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults is a risk factor for comorbid mental disorders and negative psychosocial consequences. The treatment follows a multimodal approach. It seems to be a combination treatment of medication and psychotherapy is superior to medication alone to be. Issues occurring as a social medical assessment are presented.

Erscheinungsformen des ADHS im Erwachsenenalter

Fahrig, zerstreut, unkonzentriert, ungeduldig, hektisch, chaotisch, unorganisiert, nicht zu stoppen, dazwischenreden, schusselig, trödeln, nichts durchziehen, nicht dranbleiben, streitlustig, explosiv, vergesslich, nicht zuhören, abschweifen, Gedanken fliehen, Faden verlieren, Inhalt nicht merken, nichts erledigen, Berge vor sich herschieben, reizbar, frustriert, launisch, Stimmungsschwankungen, Tagträumer, geistig abwesend, schnell zu begeistern, kein Durchhaltevermögen, überempfindlich, Fettnäpfchentreter, unvernünftig,

So werden sie beschrieben....

ADHS ist weltweit die häufigste kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung, von der 4-5% der Kinder und 1-2% der Erwachsenen betroffen sind. Dabei handelt es sich bei dem Krankheitsbild im Erwachsenenalter um eine chronische Gesundheitsstörung, die aber nicht allgegenwärtig ist. ADHS ist eine ganz bestimmte „Verdrahtung“ oder ein Organisationsstil des Gehirns, mit dem Schwerpunkt Kreativität und weniger detailorientiertes Denken. Die Wurzeln liegen in der Biologie und der Neurologie. Diese Veranlagung einer bestimmten Art der Informationsverarbeitung führt zu einer Reizüberflutung mit Informationen, wodurch die selektive Aufmerksamkeit als Voraussetzung effektiven Lernens gestört ist. Im medizinischen Sinne handelt es sich also um eine neurobiologische Störung des Lernens, deren Ausformung im Zuge der Sozialisation erfolgt. Das klinisch praktikabelste Modell für ADHS ist eine kontinuierliche Skala *des menschlichen Verhaltens* mit ausgeprägten ADHS- Zügen am einen Ende und wenigen oder gar keinen am anderen. Es gibt keinen Punkt auf dieser Skala, ab dem Personen plötzlich ADHS haben. ADHS erzeugt Stärken und Schwächen dieser Person.

Nun sind „pure“ ADHSler im Erwachsenenalter Mangelware, denn ihre Gesundheitsstörung ist im Erwachsenenalter kulturell überformt und imponiert nun als Depression, Angst, soziale Phobie, Selbstunsicherheit, Schmerzstörung etc. Trifft diese Sicht zu, so wird sehr schnell klar, dass es den ADHSler nicht gibt. Da gibt es vielleicht den **PUBLIKUMSLIEBLING**. Impulsiv und offen, verliebt ins Publikum, das ihn ebenfalls liebt (vordergründig). Humorvoll, dramatisch, ausdrucksstark und überaus kontaktfreudig geht er durchs Leben. „Hallo, was kostet die Welt!“ „Probleme- kenn ich nicht. Alles sind doch nur Herausforderungen!“. Dabei ist er oft hyperaktiv, schnell mit der Zunge und mit unendlichen vielen Aufgaben gleichzeitig beschäftigt. „Rühre die Hände, dann ist dir der Applaus sicher!“.

Die **TRÄUMERIN** dagegen ist immer so still. Sie denkt lieber lange über die Dinge nach, als dass sie handelt. Sie ist impulsiv und sehr sensibel, ohne dass das sofort auffällt. Damit ist sie oftmals sehr wechselhaft in ihrem Verhalten. „himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt“, beschreiben sich viele Frauen. Alle Gefühle werden intensiv wahrgenommen, Empfindungen ungefiltert und mit allen Sinnen erlebt. Sie tanzen gerne auf vielen Hochzeiten, bringen es aber oft nicht fertig, ihren Alltag zu organisieren. Ihr Tag beginnt oft mit einer Katastrophe. Und dennoch, sie sind faszinierend und voller Elan.

Der **KONTROLLEUR** folgt einer anderen Maxime. Oft als Selbstheilungsversuch begonnen, neigt er dazu, bestimmend und extrem fokussiert zu arbeiten und benötigt gute Strukturen, um richtig funktionieren zu können. Entweder sind diese Strukturen vorgegeben oder er gibt sie sich selber. Und dann so eng und so rigide, dass die minimale Abweichung von diesen Strukturen zu einer Katastrophe führt. Er rastet aus, ist sofort auf 180 und hat Schwierigkeiten, sich auf ein Normalmaß herunterzuschrauben. Und da der Kontrolleur die Schuld nicht bei sich suchen(kann)wird, beschuldigt er andere, was zu Konflikten am Arbeitsplatz führen kann und Beziehungen bzw. Kompromisse sehr erschwert.

Hauptsymptome

Die Beschreibungen in ICD-10 und DSM IV sind nicht spezifisch für Erwachsene, so dass deren Diagnostik den Wender Utah-Kriterien folgt:

1. Aufmerksamkeitsstörung
2. .Motorische Hyperaktivität (z.B.: Gefühl innerer Unruhe)
3. Affektlabilität
4. Desorganisiertes Verhalten
5. Impulsivität
6. Verringerte Affektkontrolle
7. Emotionale Überreagibilität

Die Diagnose wird dann gestellt, wenn 1+2, plus mindestens 2 Kriterien aus 3-7 vorliegen.

So finden sich Kriterien der Unaufmerksamkeit wie z. B. Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Mühe mit der Daueraufmerksamkeit, Schwierigkeit beim Zuhören, Organisationsschwierigkeiten, häufiges Verlieren und Verlegen, leichte Ablenkbarkeit durch äußere Reize, Vergesslichkeit im Alltag. („Ich glaube, ich habe Alzheimer.“).

Die Hyperaktivität macht sich z. B. in einer ständigen Unruhe in Händen und Füßen bemerkbar, in der Unfähigkeit, ruhig sitzen zu bleiben und in übermäßigen körperlichen Aktivitäten wie exzessiver Sport, wobei insbesondere potentiell gefährlich Sportarten wie Fallschirmspringen, Autorennen gesucht werden, um einen „Nervenkitzel“ zu erreichen.

Diese Hyperaktivität ist das Leitsymptom des „Zappelphilipp“, bei Erwachsenen macht sie sich mehr durch eine innere Unruhe bemerkbar, manchmal kommt es zu so genannten „Wenderzeichen“, die Betroffenen trippeln beim Sitzen häufig, fassen sich an die Brille, spielen mit dem Bart, den Haaren, Stiften etc. Viele Patienten neigen auch dazu, übermäßig viel und auch laut zu reden, dies kann dazu führen, dass sie als „Nervensägen“ erlebt werden.

Die Impulsivität macht sich z. B. durch Dazwischenreden, Unterbrechen anderer im Gespräch, Ungeduld, impulsiv ablaufende Einkäufe, schnell gefasste, unüberlegte Entschlüsse und störendes Verhalten gegenüber anderen bemerkbar.

Verminderte Affektkontrolle und Emotionale Überreagibilität

ADHSler sind häufig schnell gestresst, können mit negativen Gefühlen wie Wut und Ärger schlecht umgehen. Es kommt zu ausgeprägten Gefühlsschwankungen, die Stimmung ist gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen normaler und niedergeschlagener Stimmung oder Erregungszuständen. Die niedergeschlagene Stimmungslage wird von den Patienten häufig als Unzufriedenheit oder Langeweile beschrieben. Die Stimmungswechsel dauern gewöhnlich nur Stunden bis einige Tage, hier gibt es eine Symptomüberschneidung mit z. B. Borderline-Störungen oder depressiven Erkrankungen. Natürlich wirkt sich diese mangelhafte Affektkontrolle oftmals nachteilig auf die Beziehungen zu Mitmenschen aus. Erschwerend hinzu kommt ein Mangel an Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung, der es Mitmenschen erschwert, adäquat mit den Betroffenen umzugehen. Missverständnisse sind vorprogrammiert. Andererseits sind Erwachsene mit ADHS-Symptomen aber auch besonders phantasievoll, kreativ, ideenreich, empathisch, dynamisch, spontan, liebenswert. Deshalb gilt es zu beachten, dass Menschen ADHS-Symptome haben können, ohne dass das zu Problemen führt. Unterschieden werden die drei Subtypen:

1. Hyperaktiver – Impulsiver Typus „ADHS“ nach DSM IV;
2. Unaufmerksamer Typus „ADS“ nach DSM IV;
3. Kombiniertes oder Mischtypus, der bei Erwachsenen häufig ist.

Grundlagen der Diagnostik

Aktuell gibt es kein eindeutiges und fehlerfreies Verfahren oder Stoffwechseluntersuchungen, um die Diagnose einwandfrei zu belegen. Aber das gilt auch für andere psychische Erkrankungen. Daraus folgt immer ein gravierender ärztlicher Konflikt, der besser als Dilemma zu bezeichnen ist: Nämlich, die Diagnose wird übersehen oder sie wird gestellt, obwohl sie nicht vorhanden ist. Damit kommt der Erfahrung des Untersuchers mit diesem Störungsbild eine große Bedeutung zu. Zumal die Patienten als Informanten nicht zur Verfügung stehen, da ihre Selbstbeobachtung oft mangelhaft ausgeprägt ist. Sie haben das Vergangene einfach vergessen. Daher bekommen die Fremdanamnese (Eltern, Geschwister, Partner, Kollegen etc.) und z.B. alte Zeugnisse große Bedeutung.

Da die ärztlichen Leitlinien auch Fragebögen fordern, deren Ergebnis das klinische Bild höchstens unterstützen, nicht aber beweisen (so bieten ADHSler häufig „Traumergebnisse“ im d2 oder dem Wiener Determinationstest, weil sie hyperfokusieren können), werden die gebräuchlichsten hier genannt:

- Brown Attention Deficit Disorder Scales
- Conners‘ Adult ADHD Rating Scales
- Wender Utah- Kriterien für ADS im Erwachsenenalter
- Homburger AHS- Skalen für Erwachsene (HASE), diese beinhalten:
 1. Kurzform der Wender Utah- Rating Scale
 2. Wender- Reimherr- Interview
 3. ADHS- Selbstbeurteilungsbogen
 4. ADHS-Diagnostische Checkliste (Fremdbeurteilung)

Zusammenfassend wird die Diagnose so gestellt, dass retrospektiv die kindlichen ADHS-Symptome erfasst werden, die Diagnosekriterien nach ICD10/DSM IV überprüft werden, psychopathologische Merkmale für Erwachsene beurteilt werden und die Komorbidität erfasst wird.

Behandlung

Indikation für eine medikamentöse Behandlung

Das Dilemma der medikamentösen Behandlung besteht im Off-label-use. Bei ADHS im Erwachsenenalter ist in Deutschland bisher noch kein Medikament zugelassen und die Verordnung bedarf eines BTM-Rezepts. „Off-label-use“ bei Erwachsenen ist im Sinne des Bundessozialgerichtes dann anwendbar, wenn:

1. bei einer ausgeprägten ADHS die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt ist;
2. keine anderen, zugelassenen Medikamente verfügbar sind;
3. aufgrund der Datenlage eine begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.

(1. muss im individuellen Fall geklärt werden, 2. und 3. sind bei ADHS im Erwachsenenalter zutreffend.). Das BSG hat in einem Urteil vom 30.06.2009 aber noch einmal klargestellt, dass z.Z. keine Kostenerstattung durch die GKV erfolgen muss.

Medikation der 1.Wahl ist Methylphenidat. Atomoxetin hat in Studien ebenfalls Wirksamkeit gezeigt und ist das einzige Medikament in Deutschland, das Erwachsenen weiter zu Kassenkosten verordnet werden darf, wenn es bereits bis zum 18. Lebensjahr rezeptiert wurde; es ist kein BTM – Rezept erforderlich. (Mittel der ersten Wahl bei komorbider Sucht). Weitere Möglichkeiten bieten noradrenerg wirksame Antidepressiva. Für medikamentöse Behandlungsansätze gilt, dass die Auswahl der Medikation bei Erwachsenen schwieriger als bei Kindern, weil die Verstoffwechslung größeren Einflüssen unterliegt (z.B. Hormone). Mg/kg/KG gelten nicht für Erwachsene, hier gibt es vermutlich keine feste Relation zwischen KG und Dosis, die Titration erfolgt daher nach individuellem Ansprechen.

Psychopharmaka und Psychotherapie (Multimodaler Ansatz)

Aufgabe der Psychotherapie ist es, dem Patienten diejenigen Lernerfahrungen zu vermitteln, die nach gründlicher Abklärung einen günstigen Einfluss auf seine Probleme ausüben werden. Und dafür kann es notwendig sein, ihn auf dem Weg zur Verhaltensänderung auch einmal pharmakologisch zu unterstützen. Aus der Diagnose leitet sich noch keine Behandlungsnotwendigkeit ab! Aber es sollte dann behandelt werden, wenn eindeutig durch ADHS in einem Lebensbereich ausgeprägte Störungen, oder in mehreren Lebensbereichen leichte Störungen, oder krankheitswertige Symptome vorliegen: Also Leidensdruck muss da sein! Die Behandlung soll multimodal erfolgen, also Medikation und Psychotherapie umfassen. Eine Monotherapie sollte begründet werden

Bevorzugt sind störungsspezifische Elemente anzuwenden. Bei komorbiden Störungen sind diese mit zu behandeln. (Stellungnahme der BÄK, 2005). Störungsspezifische Psychotherapie ist deshalb erforderlich, weil Komorbidität und negative psychosoziale Folgen oft im Vordergrund stehen. Die Betroffenen haben außerdem häufig ein geringes Selbstwertgefühl und viele wünschen sich eine ergänzende Behandlung. Außerdem behebt die Medikation nicht alle Symptome, manche Patienten sprechen auf eine Medikation nicht an oder wollen sie auch nicht – und die Leitlinien (Ebert et al, 2008) empfehlen die multimodale Behandlung. Grundsätzlich stabilisiert Ausdauersport die Stimmung und kann die Aufmerksamkeit verbessern. Achtsamkeitsübungen können besser helfen als Entspannung. Die Berufswahl ist wichtig. Struktur statt Chaos ist die Devise.

Funktionssteuerung und Motivation

Funktionssteuerung und Motivation des ADHSlers „ticken“ anders, was sich auch im Rahmen des Berufs und der Therapie bemerkbar macht. Die willentliche Aktivierung von Gehirnfunktionen fällt schwer. Darunter fällt die willentliche Anstrengungsaktivierung („Ich will, weil ich soll“), die schwach ausgeprägt ist. Auch die biologische Basisaktivierung, das Arousal, die Wachheit, die Alarmreaktion, ist instabil. Insofern kommt der motivationsabhängigen Aktivierung durch das, was fasziniert, was gerne getan wird, eine ganz besondere Bedeutung bei. Denn wenn die neurobiologische Basisaktivierung instabil ist, die frontallhirnabhängige willentliche Anstrengungsaktivierung nur schwach ausgeprägt, muss der motivationsabhängige Aktivierungsanteil wesentlich höher sein, um eine effektive Gesamtaktivierung zu erreichen.

Das Motivationssystem wird dann aktiviert, wenn eine Anforderungssituation eine erfolgreiche Umsetzung eines oder mehrerer ADHS-typischer Kernsymptome verspricht. Das bedeutet möglicherweise, dass ADHSler Leistungsfelder wählen, die ihren Kernmotiven entsprechen. Ist bei ähnlichen Aufgaben mehrfach keine ausreichende Leistungsaktivierung über Motivation möglich, werden sie vermieden und neue Aufgaben gesucht. Dabei werden ADHS-typische Fähigkeiten eingesetzt, um zu vermeiden: z.B. Abschalten der Aufmerksamkeit; Abschweifen; Absenken des Funktionsniveaus, evtl. auch der Wachheit; Blutdruck kann sinken etc. Das alles führt dazu, dass die Wahrnehmung der frustrierenden Situation abgeschwächt und damit erträglich wird.

Rückschlüsse ergeben sich daraus sowohl für die Therapie, die Rehabilitation und den Beruf. Denn es gilt, die hohe Bedeutung des Motivationssystems und der speziellen Charakteristika

des Regulationssystems zu beachten. Maßnahmen, die nicht der Stabilisierung des Motivationssystems dienen, sind vermutlich nicht erfolgreich. Wiederholte aversive Maßnahmen aktivieren längerfristig nur Vermeidungsstrategien. Vor der Leistungsqualität gilt es die Anstrengungsbereitschaft zu loben, damit die Motivation erhalten bleibt oder die Aufgabe so zu gestalten, dass sich daraus Motivation ergibt.

Psychotherapie

Für die Psychotherapie folgt daraus, dass besonders die Regulationsmechanismen bei der Behandlung der häufigsten komorbiden Störungen wie Angst, Depression, soziale Phobie, Sucht, Zwang, Borderline etc. zu beachten sind. Dabei ist besonders der Modifikation störungsspezifischer Verhaltensweisen durch verhaltenstherapeutische Standardstrategien wie Exposition, Hausaufgaben, Protokolle, Tabellen etc., mit ihren immer wiederkehrenden gleichförmigen Anforderungen besondere Beachtung zu schenken. Es gilt auch, die Effektivität üblicher Verstärker zu überprüfen, da häufigeres und rascheres positives Feedback erforderlich sind. Besonders der Therapeutenvariablen ist Aufmerksamkeit zu widmen.

Folgen für den Beruf bei ADHS im Erwachsenenalter

Arbeit ist mehr als Geldverdienen; sie strukturiert den Tag, macht den Wechsel zwischen Arbeitswoche und arbeitsfreien Wochenenden, zwischen Urlaub und Arbeit erfahrbar. Der Horizont wird erweitert, Meinungen, Wissen und Gefühle werden ausgetauscht, es entstehen Kontakte über Familie und Nachbarschaft hinaus. Arbeit stiftet Sinn.

Das Recht auf Arbeit – kann für ADHSler noch eine grundlegendere Bedeutung haben: Gerade in der Angst vor dem Versagen, der mangelnde Strukturierung und der inneren Leere und Unruhe kann ein garantierter Arbeitsplatz eine konkrete Antwort, die Existenzsicherung ein heilender Faktor sein. Das Eingebundensein ins Arbeitsleben, der regelmäßige Arbeitstag, der gewohnte Kontakt zu den Kollegen stellt eine äußere Struktur dar, wenn die innere Struktur verloren geht. Dabei werden die Anforderungen und die speziellen Arbeitsbedingungen vom Arbeitgeber gesetzt und kontrolliert, in der Regel mit nur wenig oder keinen Einflussmöglichkeiten durch die Beschäftigten. Sie betreffen:

- Die „Grundarbeitsstugenden“ Pünktlichkeit, Disziplin, Verlässlichkeit (Absprachen einhalten, Krankschreibungen rechtzeitig einreichen etc.),
- Die Leistungserwartungen, qualitativ: Leistungsniveau; quantitativ: Arbeitstempo, bestimmte zeitliche Vorgaben einhalten und

- Den sozialen Bereich: Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten

ADHSler können in allen drei Bereichen Schwierigkeiten haben. Häufig werden diese im Betrieb aber nicht als krankheitsbedingt erkannt oder anerkannt, sondern als Störung, Unfähigkeit oder Unwilligkeit gewertet. Durch Verschieben des Tag-und-Nachtrhythmus und Schlafstörungen kann die Pünktlichkeit leiden, mangelnde Ausdauer oder Belastbarkeit, Ablenkbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Antriebs- häufig als starke Ambivalenz nicht erkannt- können den Eindruck erwecken, der Kollege will ja nicht recht, müsse sich nur mal “richtig zusammenreißen oder anstrengen“.

Dazu kommt bei Erwachsenen neben der hohen Komplexität des Störungsbildes die in vielen Fällen vorliegende Komorbidität mit ihren Funktionseinschränkungen. Schaut man unter diesem Aspekt genau hin, erkennt man, dass sich nicht so sehr die Klassifikation als vielmehr die Frage nach den Bedürfnissen der Betroffenen unter Beachtung der gesamten Person und einer angemessenen Würdigung aller relevanten Umstände vor dem Hintergrund des subjektiven Selbstverständnisses des Betroffenen für die berufliche Tätigkeit stellt. Große Probleme ergeben sich aufgrund der oft sehr ausgeprägten emotionalen Überreagibilität, was es vielen ADHSlern unmöglich macht, adäquat mit alltäglichen Stressoren umzugehen. Sie reagieren überschießend oder ängstlich und beschreiben sich selbst oft als schnell „belästigt“ oder gestresst.

Ressourcen

Aber, neben den hinlänglich beschriebenen Defiziten, finden sich eben auch erfreulicherweise viele positive Eigenschaften, die gerade bei der Berufstätigkeit zu berücksichtigen sind: ADHSler sind häufig feinfühlig, gefühlvoll; sensibel in der Wahrnehmung; aufnahmefähig; aktiv, einsatz- und risikobereit; begeisterungsfähig, leidenschaftlich und enthusiastisch; neugierig, interessiert und wissbegierig; kreativ, ideenreich und einfaltsreich; fähig zu improvisieren; fantasievoll und assoziativ im Denken; liebenswert, hilfsbereit und teilnehmend; offen und aufgeschlossen; unbestechlich, gerecht und ehrlich; wenig nachtragend; spritzig, witzig und humorvoll; schlagfertig und spontan.

Sozialmedizinische Beurteilung

Maßgeblich für die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens ist bei psychischen Beeinträchtigungen eben nicht allein die Diagnose, sondern Art und Umfang der

Symptomatik und deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. So kann eine psychische Störung zu einer Gefährdung oder einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen. Für die Beurteilung des zeitlichen Leistungsvermögens allgemein und für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit werden die Begrifflichkeiten der ICF herangezogen. Dabei kennzeichnet der Begriff der Leistungsfähigkeit in der ICF das maximale Leistungsniveau einer Person bezüglich einer Aufgabe oder Handlung unter Test- bzw. Standard- oder hypothetischen Bedingungen.

Demgegenüber bedeutet der Begriff Leistung in der ICF die tatsächliche Durchführung einer Aufgabe oder Handlung einer Person unter den Gegebenheiten ihres Kontextes (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren). Um also die Begrifflichkeiten der ICF in Bezug auf sozialmedizinische Beurteilungen zu ermöglichen, muss die Leistung unter den Bedingungen der realen Arbeitswelt betrachtet werden. Bisher ist das aber nicht möglich, was zu Fehleinschätzungen insbesondere hinsichtlich der tatsächlichen Belastungen im häuslichen und beruflichen Umfeld führt, aber auch die Frage der weiteren medikamentösen Behandlung bei ADHSlern außen vor lässt.

Zu berücksichtigen ist bei Beurteilung der Leistungsfähigkeit selbstverständlich aber auch das Ausmaß der Kompensationsfähigkeit sowohl auf Organ- als auch auf Aktivitäts- und Teilhabeebene, einschließlich günstig/ungünstig wirkender Kontextfaktoren. Und beides bringen ADHSler mit. Aus den Defiziten und den Ressourcen ergeben sich Konsequenzen für die berufliche Tätigkeit: Die einen gilt es zu minimieren, die anderen gezielt einzusetzen. Dieser Tatsache kommt deshalb hohe Bedeutung zu, weil die Berufsbiografien der ADHSler überdurchschnittlich häufig unterbrochen sind, die Stellen gewechselt werden und sie verstärkt von Arbeitslosigkeit bedroht sind.

Grundsätzlich können aufmerksamkeitsgestörte Menschen jeden Beruf ergreifen und ausfüllen, für den sie sich interessieren und für den sie die notwendigen Voraussetzungen mitbringen. Wichtig erscheint jedoch, dass störungsspezifische Hilfen angeboten werden und vor allem von Seiten der Ausbilder und Vorgesetzten aber auch der Kollegen auf die besonderen Bedürfnisse und Eigenarten der Betroffenen eingegangen wird. Wer also als ADHSler seine Nische gefunden hat und sie dauerhaft besetzt hält, benötigt häufig keine zusätzliche Hilfe.

Was bedeutet das für die Begutachtung?

Die zunehmende Hinwendung zu einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Begrifflichkeiten der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfordert es auch beim Störungsbild ADHS sich verstärkt mit dem Leistungs- und Beeinträchtigungsprofil der Betroffenen aus einander zu setzen. Für die Teilhabe am Erwerbsleben sind folgende Bereiche von besonderer Bedeutung:

- Anpassung an Regeln und Routinen
- Planung und Strukturierung von Aufgaben
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptung
- Kontaktfähigkeit
- Familiäre und intime Beziehungen
- Außerberufliche Aktivitäten

Dazu sind die folgenden Aufmerksamkeitsleistungen notwendig:

- Aufmerksamkeit auch bei Monotonie aufrechterhalten und schnelles Reagieren nach Reiz;
- Störungen zurückdrängen;
- Zentrales Arbeiten mit paralleler Informationsverarbeitung (Autofahren und gleichzeitig Verkehrsfunk hören) und Informationsgeschwindigkeit

Und damit hat der ADHSler nun einmal seine Probleme!

Weitere psychosoziale Kriterien, die Einfluss auf die konkrete Leistungsfähigkeit in den unterschiedlichen Lebensbereichen haben, sind:

Kognitive Merkmale. Aufmerksamkeit, Konzentration, Ermüdbarkeit, Gedächtnisleistungen, psychomotorische Schnelligkeit, Reaktionsschnelligkeit, Genauigkeit; Fähigkeit zu logischem Denken, kognitive Flexibilität, Informationsaufnahme und –verarbeitung, Problemlösefähigkeit, Wahrnehmungskompetenzen und –einschränkungen.

Emotionale Merkmale. Schwingungsfähigkeit und Flexibilität, emotionale Belastbarkeit, Frustrationstoleranz

Motivationale Merkmale. Handlungsmotivation in den verschiedenen Lebensbereichen und Anforderungsfeldern, Veränderungsmotivation

Handlungsmerkmale. Handlungs- und Aktivitätsspektrum, Handlungszuverlässigkeit, Handlungskompetenz

Psychosoziale Kompetenzen. Psychosoziale Anpassungsfähigkeit, Konfliktverhalten und Kritikfähigkeit, Übernahme von Verantwortung, Durchsetzungsfähigkeit, Fähigkeit sich in Gruppen einzugliedern, Interaktions- und Kommunikationskompetenz

In allen Bereichen haben ADHSler Schwierigkeiten. Grundsätzlich können sie aber alle Tätigkeiten ausführen, für die sie motiviert sind. Denn ADHS ist keine Entschuldigung für Nicht-Können, oft aber eine Erklärung. Dennoch sind häufig Arbeiten schwierig, die folgende Anforderungen an die Betroffenen stellen:

- Hohe Konzentration über einen längeren Zeitraum
- Arbeiten im Sitzen ohne Möglichkeit, die Körperhaltung zu ändern
- Feinmotorische Arbeiten
- Gleichförmige Arbeiten
- Ordnende Tätigkeiten
- Arbeiten mit arbeitspezifischen Termindruck
- Arbeiten mit einem hohen Routineanteil

Beispiele hierfür sind: Finanz- und Rechnungswesen; Feinmechanik; Verwaltungsberufe mit starker juristischer Orientierung; archivierende und dokumentierende Berufe; hoher Anteil an Dateneingabe; Labor; Bank- und Versicherungswesen; alle Produktionsberufe mit wenig Bewegungsmöglichkeit; Fahrzeugführer; Maschinenführer; überwachende und kontrollierende Berufe etc.

Andererseits kann man unter Berücksichtigung der positiv zu wertenden Eigenschaften folgende Tätigkeiten als relativ unproblematisch einstufen: Pflegeberufe; selbständige Berufe; politische Berufe; journalistische Berufe; gestalterische und darstellende Berufe; risikoreiche Berufe; Dienstleistungen; kreative Bereiche; forschende Berufe; Medienberufe; helfende Berufe; solche mit hohem Bewegungsanteil und solche, die im Freien ausgeübt werden; Berufe, die viel Abwechslung bieten.

Betrachtet man unter diesen Aspekten die günstigen beruflichen Entwicklungsabläufe, die es natürlich auch gibt, so erkennt man so genannte Protektor- bzw. Schutzfaktoren. Das sind z.B. eine gute Begabung und das Vorhandensein von Menschen, die in den einzelnen Lebens- und Entwicklungsabschnitten eine exekutive Funktion übernommen haben. Das zeigt, dass die

Orientierung in Hinblick auf geeignete oder weniger geeignete Berufe nicht so entscheiden zu sein scheint. Wichtig ist wohl, dass die jeweiligen Rahmenbedingungen für Berufs- und Ausbildungsplatzwahl den individuellen Bedürfnissen entsprechend verbessert werden.

Das macht die sozialmedizinische Beurteilung häufig schwer schwierig. Ein positives/negatives Leistungsbild zu beschreiben, fällt deshalb schwer, weil die Betroffenen vielfältige positive Eigenschaften und Fähigkeiten haben, damit aber an den Bedingungen der Umwelt scheitern. Denn wer will schon mit jemandem umgehen, der die o.g. negativen Eigenschaften mitbringt? Und Änderungen sind kaum möglich, da ADHSler aus Erfahrung alleine nicht lernen. D.h. sie können alles – vieles besser als andere – aber man lässt sie nicht. Bessert sich die Symptomatik dann unter einer Medikation, wird diese nach der Entlassung aus der Rehabilitation nicht weiter verordnet (off- label) und der alte schlechte Zustand stellt sich wieder ein.

Hier hoffen wir auf die Freigabe entsprechender Medikamente zur Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter in der Zukunft. Allen Beteiligten wäre aber auch geholfen, wenn die Kosten für diese Medikamente – vielleicht im Rahmen der Teilhabe - von den Kostenträgern übernommen würden. Denn das hat sich immer wieder gezeigt, lassen sich die Kernsymptome des ADHS medikamentös positiv beeinflussen, so hält dieser Effekt nur solange an, wie das Medikament gegeben wird. Sobald die Medikation entfällt, stellt sich der alte Zustand, mit allen seinen Einschränkungen des Leistungsvermögens wieder ein. Und zwar trotz Psychotherapie. Bei den chronifizierten Bildern, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gesehen werden, ist eine Stabilisierung ohne fortgesetzte und angepasste Medikation fasst nicht möglich.

Literatur

Brown, T.E. (1996): Brown attention deficit disorder scales; San Antonio: The Psychological Corporation

Bundessozialgericht: Urteil Az: B 1 KR 5/09 R vom 30. Juni 2009: SINDBAD

Bundesverband Aufmerksamkeit/Hyperaktivität: BV-AH@t-online.de

Conners, C.K., Erhardt, D. und Sparrow, E. (1999): Connors' Adult ADHD Rating Scales (CAARS), North Tonawanda: Multi Health Systems

- Deutsche Rentenversicherung Bund: Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen; DRV; 2006
- Ebert D., Krause J, Roth- Sackheim C.: ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN, Nervenarzt 2003; 74 (10): 939 – 46
- Hallowell E.M. und Ratey, J. (2003): Zwanghaft zerstreut; Reinbeck: Rowohlt
- Hartmann, T. (2003): ADD- eine andere Art, die Welt zu sehen; Lübeck: Schmidt- Röhheld
- Hesslinger, B. et. al (2004): Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter; Göttingen: Hogrefe
- Krause, J. und Krause, K.H.(2010): ADHS im Erwachsenenalter; Stuttgart: Schattauer
- Philipsen, A. et. al: ADHS im Erwachsenenalter; Nervenheilkunde 2010; 29 : 1 - 92
- Pütz, D. (2006): ADHS- Ratgeber für Erwachsene; Göttingen: Hogrefe
- Rösler, M. et. al (2008): HASE, Homburger ADHS- Skalen für Erwachsene; Göttingen: Hogrefe
- Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 26. August 2005
- Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen; Stuttgart: Kohlhammer