



ICD-11:

«neuronale Entwicklungsstörungen» mit Fokus auf ADHS und ASS

Psychiatrisches Kolloquium HS 2022

Dr. med. Ana Buadze
Spezialambulatorium für ADHS
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Agenda:

- Allgemeines zu ICD 11
- historischer Abriss ADHS
- historischer Abriss Autismus
- von der tiefgreifenden Entwicklungsstörung ICD 10 zur ASS ICD 11
- klinischer Fall
- von der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ICD 10 zu ADHS ICD 11
- Komorbiditäten
- Therapie

Allgemeines zu ICD-11:

- 05/2019 stimmte die 72. Weltgesundheitsversammlung für die Annahme der ICD-11
- Umsetzung ab dem 1. Januar 2022
- Übergangszeit von 5 Jahren
- bisher keine offizielle deutschsprachige Übersetzung verfügbar => „Entwurfssfassung“
- https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html
- <https://icd.who.int/en>

Allgemeine Diagnosekriterien F84.0, F84.5 nach ICD-10: «Tiefgreifende Entwicklungsstörungen»

Kernsymptome:

- Qualitative Beeinträchtigung in den wechselseitigen sozialen Interaktionen
- Qualitative Beeinträchtigung in den wechselseitigen Kommunikationsmustern
- Eingeschränktes, stereotypes Repertoire von Interessen und Aktivitäten (Trias: repetitives, stereotypes und restriktives Verhalten)

Allgemeine Diagnosekriterien F84.0, F84.5 nach ICD-10: «Tiefgreifende Entwicklungsstörungen»



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



- Die Symptome treten bereits in der frühen Entwicklungsphase (vor dem 3 Lj.)
- Sensorische Anomalien

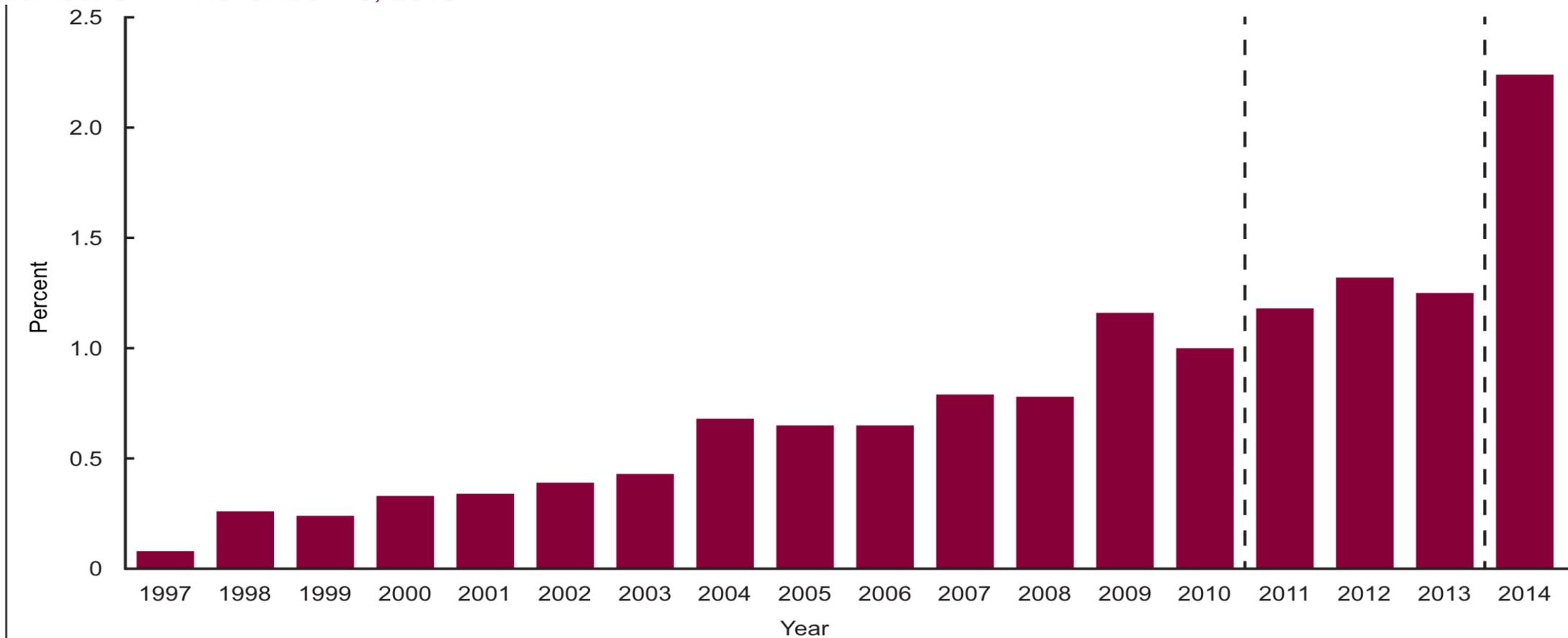
ICD 10: F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- F84.0 frühkindlicher Autismus
- ~~F84.1 atypischer Autismus~~
- ~~F84.2 Rett Syndrom (genetische Erkrankung)~~
- ~~F84.3 andere desintegrative Störung des Kindesalters (keine psychische Störung mehr)~~
- F84.4 überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien
- F84.5 Asperger-Syndrom
- F84.8 sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F84.9 tiefgreifende Entwicklungsstörungen, nicht näher bezeichnet

- Ethiologie weitgehend unbekannt (Impfstoffzusätze, Deprivation widerlegt)
- Lebenszeitprävalenz USA 3-17J.: 3,29 % bei Jungen und 1,15 % bei Mädchen
- Globale Lebenszeitprävalenz 1 % (systematic review, Zeidan et al 2022)
- Zunahme der Prävalenz bei abnehmender intellektueller Funktionsfähigkeit
- Heredität je nach Autor bis zu 90% (Roland et al. 2011)
- Zwillingsstudien: Konkordanz nie bei 100%

- Nicht-Genetische-Faktoren:
 - hohes Alter der Eltern
 - SW: Valproat (Christensen et al., 2013), Infekte, Stress (immunologische Mechanismen, MIA) SSRI (Soerensen et al., 2013; Kim, J. Y., et al. 2019 *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 590-600)

Number 87 ■ November 13, 2015



NOTES: Dashed lines indicate changes in the approach to asking about autism. During 1997–2010, children with autism were identified as part of a 10-condition checklist. During 2011–2013, autism continued to be identified as part of the same 10-condition checklist, but the previous wording used to name the condition (“autism”) was modified to “autism/autism spectrum disorder.” In 2014, the wording was expanded to include “autism, Asperger’s disorder, pervasive developmental disorder, and autism spectrum disorder”; the question was no longer part of a condition checklist; and the placement of the autism spectrum disorder question changed within the survey questionnaire. Differences observed in estimates before and after these changes may be partially or fully attributable to these changes.

SOURCE: CDC/NCHS, National Health Interview Survey, 1997–2014.

Figure 3. Estimated lifetime prevalence of children aged 3–17 years with parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder, by survey year: United States, 1997–2014



Autism Europe > News > World Health Organisation updates classification of autism in the ICD-11

World Health Organisation updates classification of autism in the ICD-11

Last modification: 21/06/2018

<https://www.autismeurope.org/blog/2018/06/21/world-health-organisation-updates-classification-of-autism-in-the-icd-11/>

ICD 11

Neue Gruppierung bzw. Zusammenfassung von **F8 und F9** zu „Neurodevelopmental disorders“

- 6A02 Autismus
- 6A05 ADHS

ICD-10:

- **F8** Entwicklungsstörungen
(F80 –F89)
- **F9** Verhaltens- und emotionale
Störungen mit Beginn in der
Kindheit und Jugend
(F90-F98)

ICD-11:

- **06** Psychische Störungen,
Verhaltensstörungen oder neuronale
Entwicklungsstörungen
- **06** Mental, behavioural or
neurodevelopmental disorders

ICD 11: ASS

- ▽ **6A02 Autismus-Spektrum-Störung**
 - 6A02.0** Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache
 - 6A02.1** Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache
 - 6A02.2** Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache
 - 6A02.3** Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache
 - 6A02.5** Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, Fehlen der funktionellen Sprache
 - 6A02.Y** Sonstige näher bezeichnete Autismus-Spektrum-Störung
 - 6A02.Z** Autismus-Spektrum-Störung, nicht näher bezeichnet

ASS: Was ist neu?

- übergreifende Diagnose „Autismus-Spektrum-Störung“ analog zu DSM-5 statt der unterschiedlichen Diagnosen frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom und atypischer Autismus sowie weiterer Diagnosen aus dem ICD-10-Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen.
- Es müssen Einschränkungen in den beiden zentralen Bereichen soziale Interaktion und Kommunikation **sowie** restriktive, repetitive und unflexible Verhaltensmuster und Interessen vorhanden sein.

ASS: Was ist neu?

- Das alleinige Vorliegen von sozialen und kommunikativen Einschränkungen \neq Autismus-Spektrum-Störung im Sinne eines atypischen Autismus nach ICD-10.
- Hinsichtlich sprachlicher und kognitiver Fertigkeiten können Autismus-Spektrum-Störungen subklassifiziert werden-Kriterien im Vergleich zum DSM-5 für die kognitiven Fertigkeiten fast übergenau, für die sprachlichen eher schlecht operationalisiert
- **Konsolidierung der Prävalenz** von Autismus-Spektrum-Störungen durch die ICD-11

ASS: Was ist neu?

- Einführung von Autismus-Spektrum-Störung –statt der unterschiedlichen Diagnosen wie frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom....
- Einschränkungen in dem Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation
- restriktive, repetitive und unflexible Verhaltensmuster und Interessen
- Das alleinige Vorliegen von sozialen und kommunikativen Einschränkungen erlaubt nicht mehr die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung im Sinne eines atypischen Autismus nach ICD-10
- Mit ICD 11 eine Konsolidierung der ASS Diagnosen
- **ADHS als komorbide Störung erlaubt**

Von den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in ICD-10 zur Autismus-Spektrum-Störung in ICD-11

Christine M. Freitag

	ICD-10	ICD-11
Kapitel	F84: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	Neuroentwicklungsstörungen (<i>neurodevelopmental disorders</i>)
Kategorien	F84.0 Autismus	6A02 Autismus-Spektrum-Störung
	F84.1 Atypischer Autismus	6A01.22 Sprachentwicklungsstörung mit überwiegender Einschränkung der pragmatischen Sprache
	F84.2 Rett-Syndrom	Entfällt als psychische Störung
	F84.3 Andere desintegrative Störung des Kindesalters	Entfällt als psychische Störung
	F84.4 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	6A06 Stereotype Bewegungsstörung
	F84.5 Asperger-Syndrom	6A02 Autismus-Spektrum-Störung
	F84.8 Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung	6A02.Y Andere spezifische Autismus-Spektrum-Störung
	F84.9 Tiefgreifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	6A02.Z Unspezifische Autismus-Spektrum-Störung

Allgemeine Diagnosekriterien einer ASS nach ICD-11:

1. Dauerhafte Einschränkungen der Initiierung und Aufrechterhaltung von sozialer Interaktion und Kommunikation sowie das Vorhandensein von restriktiven, repetitiven und unflexiblen Verhaltensmustern und Interessen.
2. Beginn üblicherweise in **der frühen Kindheit**, allerdings können die Symptome erst später ausgeprägt sein, wenn die sozialen Anforderungen die sozialen Fertigkeiten übersteigen.
3. Die Verhaltensweisen müssen mit Einschränkungen der persönlichen, familiären und sozialen Belange oder der (Aus-)Bildung oder anderer wichtiger Lebensbereiche einhergehen.
4. Die Verhaltensweisen müssen in jeder Umgebung vorkommen, können aber auch variieren, je nach sozialem, pädagogischem oder anderem Kontext.
5. Im Spektrum kommt die gesamte Breite intellektueller und sprachlicher Fertigkeiten vor.
6. **Ausgeschlossen** werden muss eine reine Sprachentwicklungsstörung sowie eine primäre Schizophrenie oder andere psychotische Störung.

ASS: sensorische Besonderheiten

Aversion

- visuell: Lichtquellen
- akustisch: Ohrenzuhalten
- haptisch: Vermeidung von Berührungen

Verminderte Empfindung

- Temperatur
- Schmerz
- Orientierung

Therapie ASS

Atypische Neuroleptika

- Risperidon, Aripiprazol „disruptive behaviors“
- UAW: Gewichtszunahme, Metabolismus, Sedation, EPS, Prolactin

SSRI

- Fluoxetin, citalopram, Fluvoxamin „repetitives Verhalten“
- UAW: Antriebssteigerung

Anticonvulsiva

- Valproat, Lamotrigin „Irritabilität, Anfallsleiden“
- UAW: Sedation, rash, LFTs

Stimulanzien:

- MPH
- AMP
- UAW: Appetithemmung, Verstärkung von Tics

ICD 11

▼ 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

▼ Neurodevelopmental disorders

▶ 6A00 Disorders of intellectual development

▶ 6A01 Developmental speech or language disorders

→ ▶ 6A02 Autism spectrum disorder

▶ 6A03 Developmental learning disorder

6A04 Developmental motor coordination disorder

→ ▶ 6A05 Attention deficit hyperactivity disorder

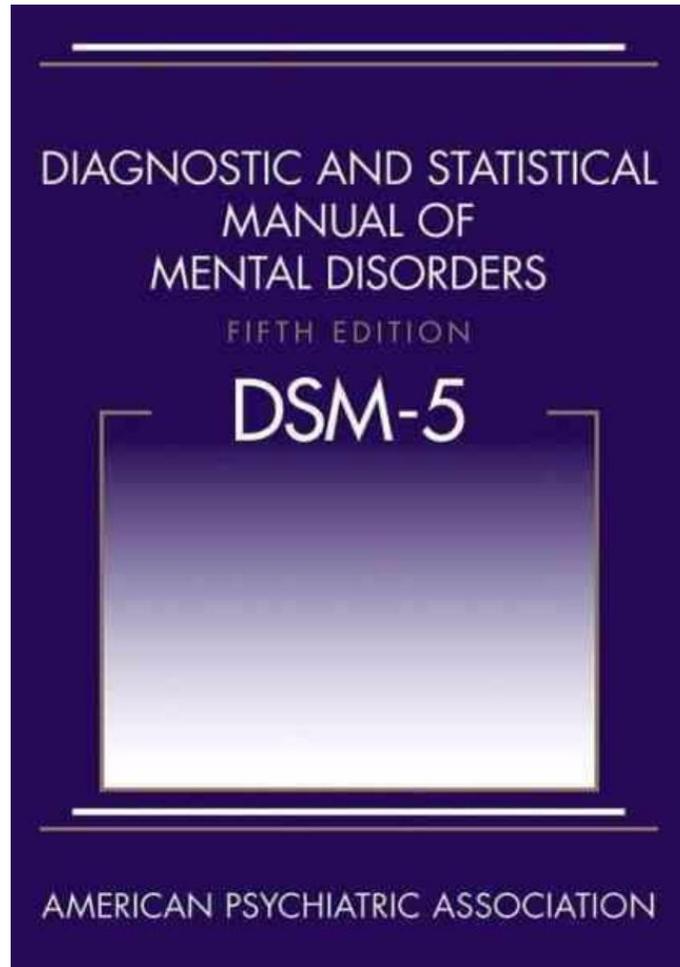
▶ 6A06 Stereotyped movement disorder

▶ 8A05.0 Primary tics or tic disorders

▶ 6E60 Secondary neurodevelopmental syndrome

6A0Y Other specified neurodevelopmental disorders

6A0Z Neurodevelopmental disorders, unspecified



- Disorder Class: ADHD placed in the Neurodevelopmental Disorders

- Description:

- “According to DSM-5 ADHD is a chronic neurodevelopmental disorder that is characterized by a persistent and pervasive pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development”

DSM-5: ADHD 314

- Schwellenwert der Symptome: ≥ 5 von 9 (Aufmerksamkeit)
- und/oder ≥ 5 von 9 (Hyperaktivität/Impulsivität)
- Beginn der Symptomatik ≤ 12 Lj.
- Funktionsniveau ist in mehreren Lebensbereichen eingeschränkt: sozial, akademisch, beruflich
- **Präsentationen:** vorwiegend kombinierte / vorwiegend unaufmerksame / vorwiegend hyperaktiv-impulsive / Teilremission
- **Schweregrad:** leicht / mittelgradig / schwer
- **ASS:** kein Ausschlusskriterium

Klassifikation

DSM-V (APA): „Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom“ 314 (DSM IV-Subtypen)	ICD-10 (WHO): „Hyperkinetische Störungen“ F90
Kombinierte Präsentation (DSM-IV Mischtypus)	F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
Vorwiegend unaufmerksames Präsentation (DSM-IV ...Typus)	F98.8 Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität
Vorwiegend hyperaktiv-impulsive Präsentation (DSM-IV ...Typus)	F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

ICD 11: ADHS



▽ **6A05** Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung [ADHS]

6A05.0 Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung [ADHS], vorwiegend
unkonzentriert

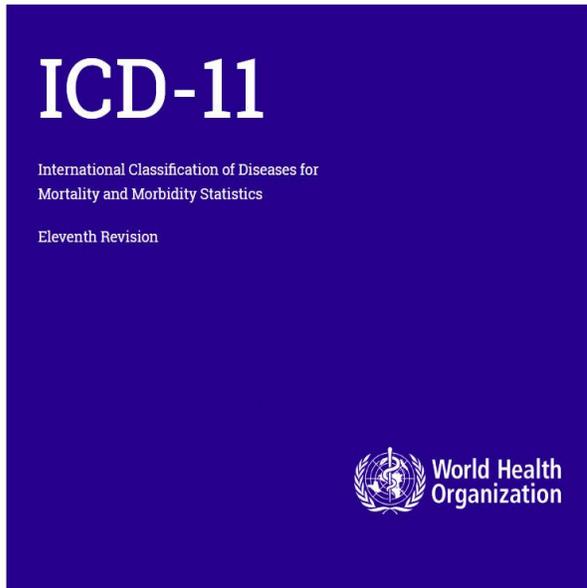
6A05.1 Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung [ADHS], vorwiegend
hyperaktiv-impulsiv

6A05.2 Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung [ADHS], kombiniert

6A05.Y Sonstige näher bezeichnete
Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung [ADHS]

6A05.Z Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung [ADHS], nicht näher
bezeichnet

ICD - 11



- 01.01.2022
- 6A05 ADHD placed in the Neurodevelopmental Disorders
- vor dem 12 Lj.
- anhaltendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität-Impulsivität gekennzeichnet
- mindestens 6 Monate
- negativer Einfluss auf mehrere Lebensbereiche: sozial, akademisch, beruflich
- Manifestation der Kardinalsymptome in Verschiedenen Situationen/Settings
- je nach Struktur und Anforderungen der Umgebung können diese variieren
- nicht durch andere Störungen zu erklären und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments zurückzuführen

Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11

Manfred Döpfner^{1,2} und Tobias Banaschewski³

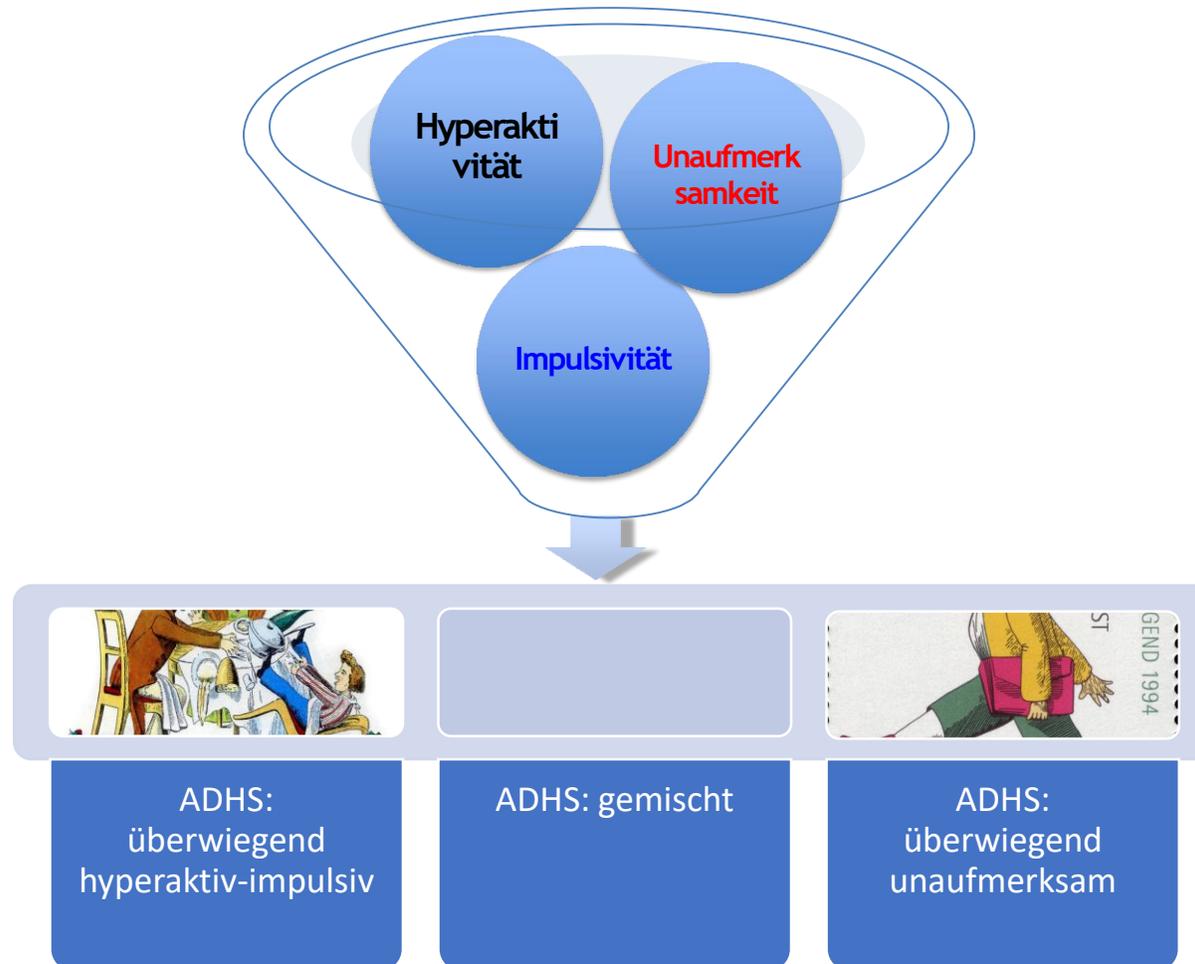
- Orientierung an das DSM-5
- aus ICD 10 «Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend» wird „neurodevelopmental disorders» bzw. «neuronale Entwicklungsstörung »
- Bezeichnung: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) statt «Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung»
- Keine Kombinationsdiagnosen wie F90.1 «Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens» sondern zwei getrennte Diagnosen (Mehrfachdiagnosen)
- Erscheinungsbilder: (der Heterogenität der Störung im Sinne eines «dimensionalen Zuganges» gerechter)
 - vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild
 - vorwiegend hyperaktiv-impulsives Erscheinungsbild
 - gemischtes Erscheinungsbild

Klassifikation von Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen in der ICD-11

Manfred Döpfner^{1,2} und Tobias Banaschewski³

- Alterskriterium: Störungsbeginn vage – typischerweise in der «frühen bis mittleren Kindheit» – DSM-5 Beginn vor dem 12 Lj, ICD 10 vor dem 7 Lj.
- gleichbleibend: Symptomdauer von mind. 6 Monaten, unangemessen zum Entwicklungsstand, in zwei oder mehr Lebensbereichen
- deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen
- Forschungskriterien im ICD 11 nicht mehr vorhanden=> DSM 5
- Verzicht auf exakte Operationalisierung

Kernsymptome und Präsentationen



A. Buadze

ICD 11: ADHS Präsentationen

- 6A05.0 Attention Deficit Hyperactivity Disorder, predominantly inattentive presentation
- 6A05.1 Attention Deficit Hyperactivity Disorder, predominantly hyperactive-impulsive presentation
- 6A05.2 Attention Deficit Hyperactivity Disorder, combined presentation

„kombiniert“

Beschreibung

Alle definitorischen Voraussetzungen für die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt. Sowohl unaufmerksame als auch hyperaktiv-impulsive Symptome sind klinisch bedeutsam, wobei keines der beiden in der klinischen Präsentation überwiegt. Unaufmerksamkeit bezieht sich auf erhebliche Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit für Aufgaben aufrechtzuerhalten, die kein hohes Maß an Stimulation oder häufige Belohnungen bieten, Ablenkbarkeit und Probleme bei der Organisation. Hyperaktivität bezieht sich auf übermäßige motorische Aktivität und Schwierigkeiten mit dem Stillhalten, die vor allem in strukturierten Situationen auftreten, die eine Selbstkontrolle des Verhaltens erfordern. Impulsivität ist eine Tendenz, auf unmittelbare Reize hin zu handeln, ohne zu überlegen oder die Risiken und Folgen zu bedenken.

„vorwiegend unkonzentriert“

Beschreibung

Alle definitorischen Voraussetzungen für eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt, und im klinischen Bild überwiegen unaufmerksame Symptome. Unaufmerksamkeit bezieht sich auf erhebliche Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit für Aufgaben aufrechtzuerhalten, die kein hohes Maß an Stimulation oder häufige Belohnungen bieten, sowie auf Ablenkbarkeit und Probleme bei der Organisation. Es können auch einige hyperaktiv-impulsive Symptome vorhanden sein, die jedoch im Vergleich zu den unaufmerksamen Symptomen klinisch nicht signifikant sind.

“vorwiegend hyperaktiv-impulsiv“

Beschreibung

Alle definitorischen Voraussetzungen für die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung sind erfüllt, und im klinischen Erscheinungsbild überwiegen hyperaktive und impulsive Symptome. Hyperaktivität bezieht sich auf übermäßige motorische Aktivität und Schwierigkeiten mit dem Stillhalten, die sich vor allem in strukturierten Situationen zeigen, die eine Selbstkontrolle des Verhaltens erfordern. Impulsivität ist die Tendenz, auf unmittelbare Reize hin zu handeln, ohne zu überlegen oder die Risiken und Folgen zu bedenken. Es können auch einige unaufmerksame Symptome vorhanden sein, die jedoch im Vergleich zu den hyperaktiv-impulsiven Symptomen klinisch nicht signifikant sind.

ASS Abgrenzung zu ADHS

- **Boundary with Autism Spectrum Disorder:** Specific abnormalities in attention (e.g., being overly focused or easily distracted), impulsivity, and physical hyperactivity are often observed in individuals with Autism Spectrum Disorder and may sometimes dominate the clinical presentation. Unlike individuals with Autism Spectrum Disorder, those with Attention Deficit Hyperactivity Disorder do not exhibit the persistent deficits in initiating and sustaining social communication and reciprocal social interactions or the persistent restricted, repetitive, and inflexible patterns of behaviour, interests, or activities that are the defining features of Autism Spectrum Disorder. However, Co-occurrence of these disorders is common.

ASS Abgrenzung zu ADHS

- **Boundary with Attention Deficit Hyperactivity Disorder:** Specific abnormalities in attention (e.g., being overly focused or easily distracted), impulsivity, and physical hyperactivity are often observed in individuals with Autism Spectrum Disorder. However, individuals with Attention Deficit Hyperactivity Disorder do not exhibit the persistent deficits in initiating and sustaining social communication and reciprocal social interactions or the persistent restricted, repetitive, and inflexible patterns of behaviour, interests, or activities that are the defining features of Autism Spectrum Disorder. However, Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder can co-occur and both diagnoses may be assigned if diagnostic requirements are met for each. Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms may sometimes dominate the clinical presentation such that some Autism Spectrum Disorder symptoms are less apparent.

Warum ist die rechtzeitige Diagnosestellung wichtig?

ADHD Prevalence in Adult Outpatients With Nonpsychotic Psychiatric Illnesses

Luis Guillermo Almeida Montes

Centro Comunitario de Salud Mental,

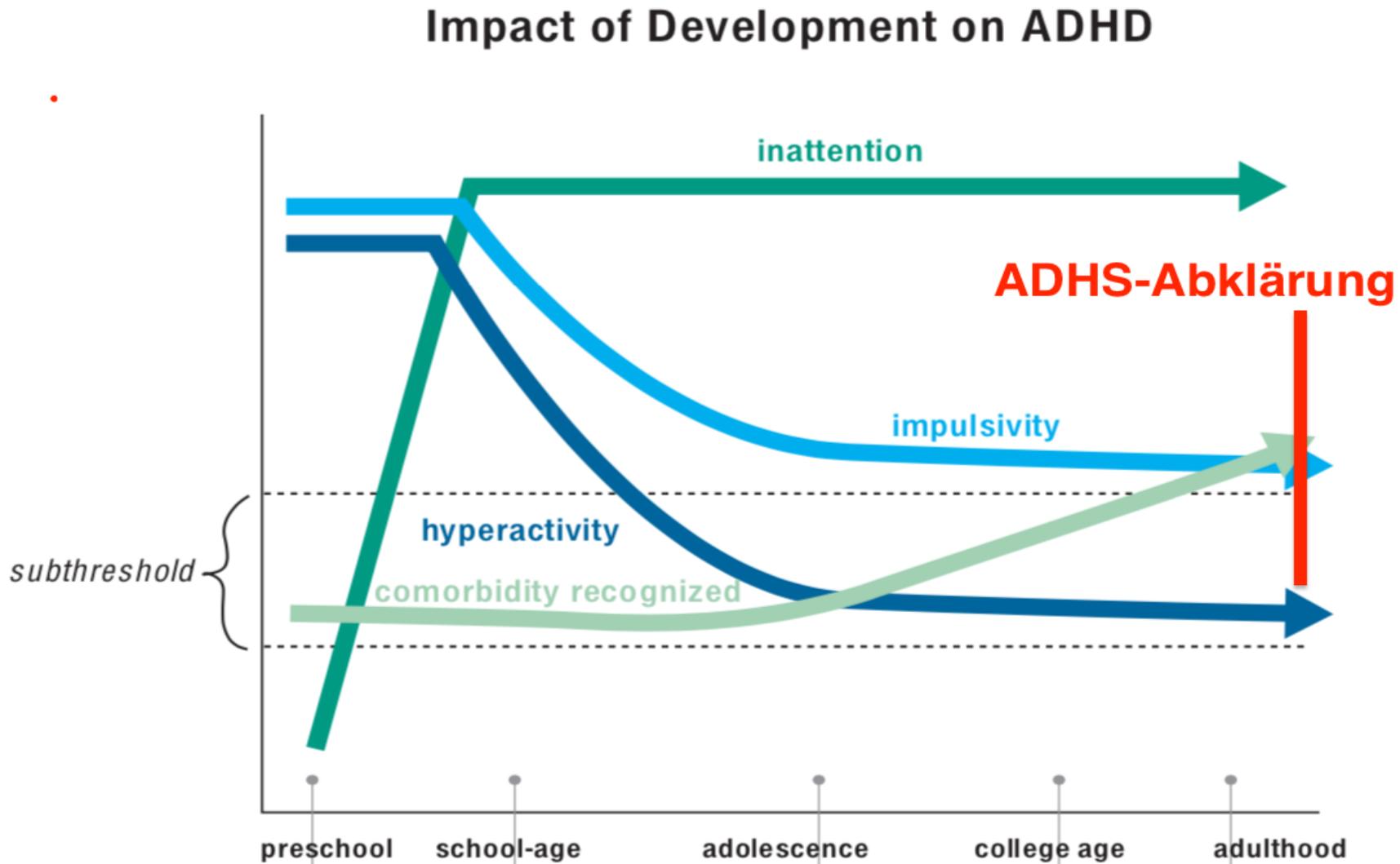
S.E.S.E.Q./Instituto de Neurobiología, Universidad Nacional Autónoma de México

nonclinical participants. **Method:** The structured clinical interview Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.-Plus) was applied to 161 consecutive nonpsychotic psychiatric adult outpatients and to 149 healthy participants from the community. In addition, clinical rating scales were applied to measure the severity of general psychopathology such as mania, anxiety, depression, ADHD, and alcohol consumption in both groups. **Results:** The prevalence of ADHD in psychiatric nonpsychotic adult outpatients was 16.80% and 5.37% in nonclinical participants. In male psychiatric outpatients the prevalence of ADHD was 8.5% and for females was 21.6%. **Conclusion:** This study concludes that a higher prevalence of ADHD exists in psychiatric nonpsychotic adult outpatients compared with nonclinical participants. In the psychiatric adult outpatients, females showed a higher prevalence of ADHD than males. Implications and limitations are discussed. (*J. of Att. Dis. 2007: 11(2) 150-156*)

ASS Komorbiditäten

- ADHS
- Depressionen
- Phobien
- Zwangsstörungen
- Epilepsie
- Schlafstörungen
- Tourette-Syndrom
- Essstörungen
- Prosopagnosie
-

Komorbiditäten - Lebensspanne



Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder

Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsoyr K. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder.

B. S. Solberg^{1,2,3} 
A. Halmøy^{1,3,4}, **A. Engeland**
J. Igland², **J. Haavik**^{1,3,4},
K. Klungsoyr^{2,3,5}

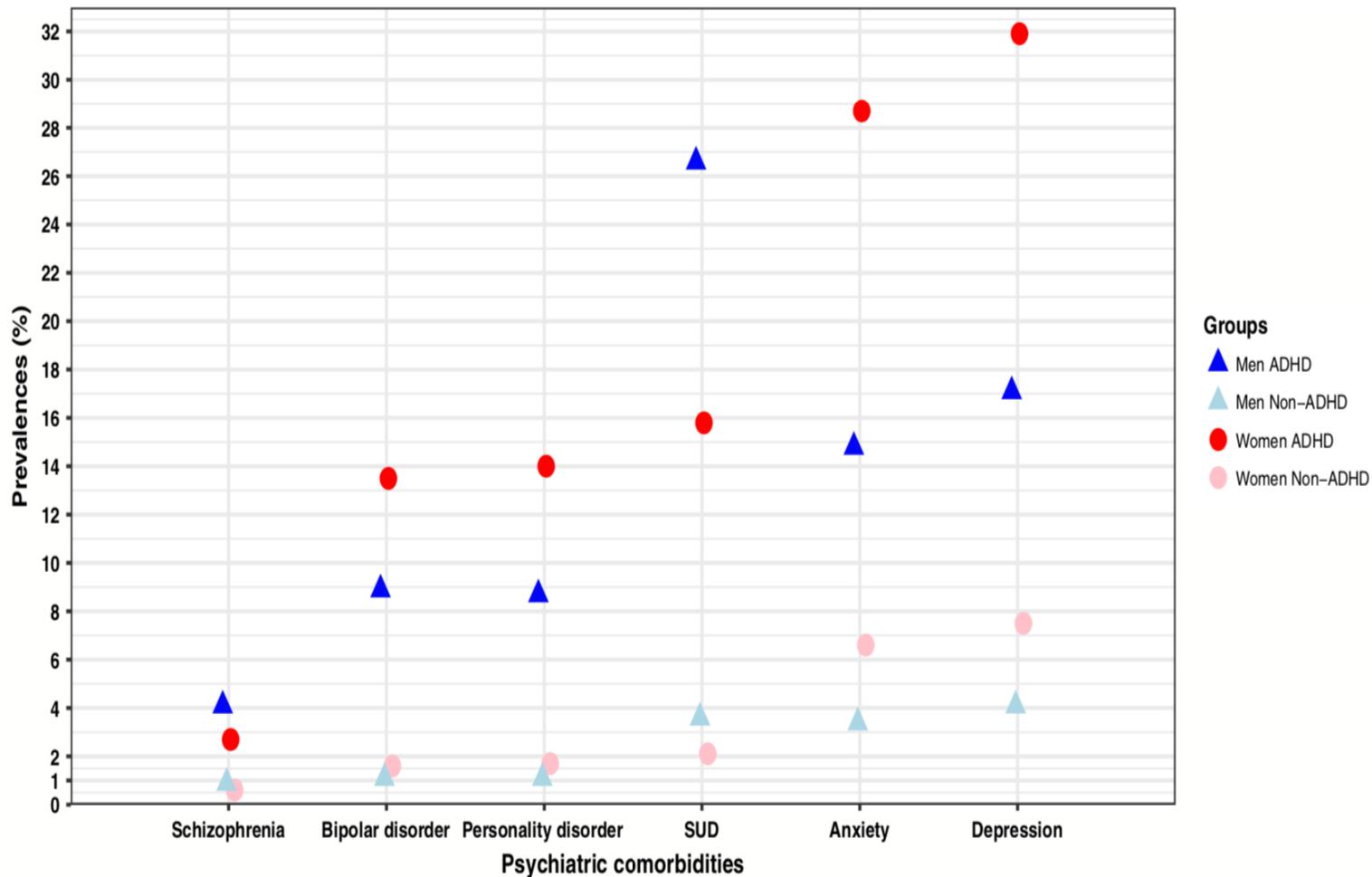
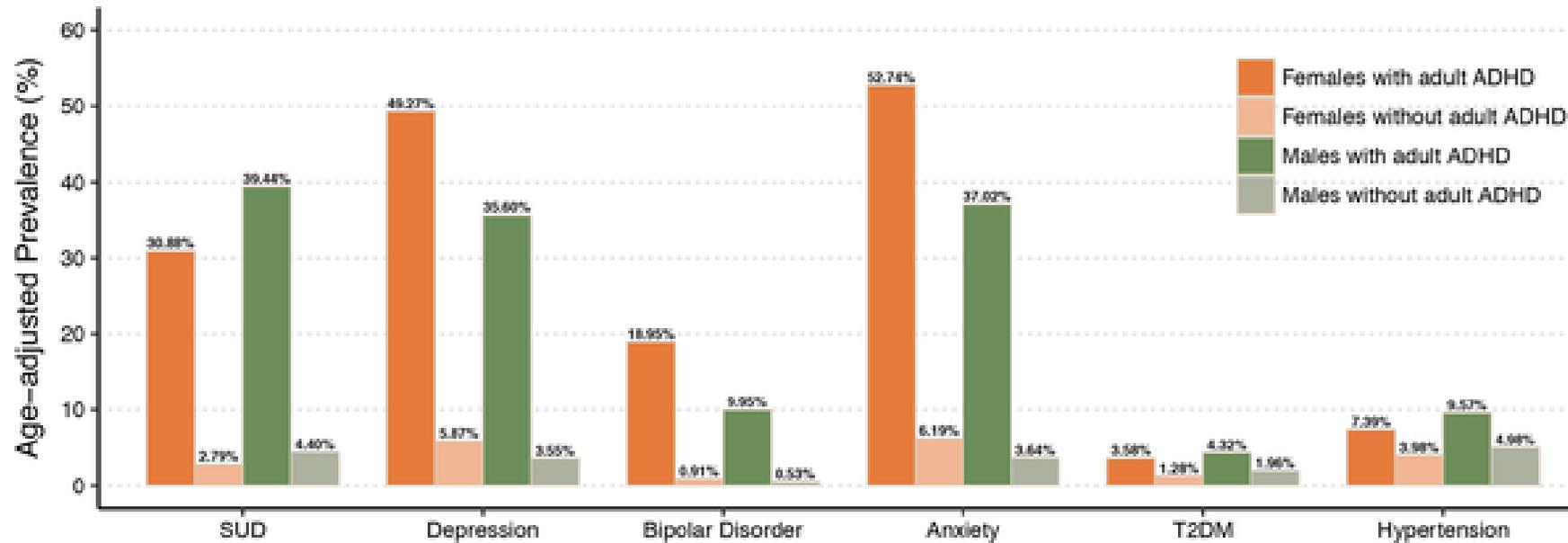


Fig. 1. Adjusted* prevalences of psychiatric disorders in men and women with and without ADHD. *Prevalences was adjusted for birth year, 5-year groups, from 1967 to 1997, with 1967–1973 as the reference. SUD, Substance use disorder.

Fig 1. Age-adjusted prevalence estimates of psychiatric and metabolic conditions by sex and adult ADHD status in 5,551,807 individuals aged 18 to 64.



Chen Q, Hartman CA, Haavik J, Harro J, Klungsøyr K, et al. (2018) Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. PLOS ONE 13(9): e0204516.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516>

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0204516>

Article

Prevalence of ADHD in Accident Victims: Results of the PRADA Study

Sarah Kittel-Schneider ^{1,2,*} , Sarah Wolff ¹, Kristin Queiser ¹, Leonie Wessendorf ¹, Anna Maria Meier ¹, Moritz Verdenhalven ¹, Nathalie Brunkhorst-Kanaan ¹, Oliver Grimm ¹, Rhiannon McNeill ², Sascha Grabow ¹, Christoph Reimertz ³, Christoph Nau ⁴, Michelle Klos ⁵ and Andreas Reif ¹

- 905 Unfallopfer => ASRS 18-item
- ADHS Prävalenz in der Unfallchirurgie 6.18%
- Selbstüberschätzung und „in Gedanken sein“ als ursächliche Mechanismen für die Unfälle....

»The majority of ADHD patients in our sample had not previously been diagnosed and were therefore not receiving treatment. The results subsequently suggest that general ADHD screening in trauma surgery patients may be useful in preventing further accidents in ADHD patients. Furthermore, psychoeducation regarding specific causal accident mechanisms could be implemented in ADHD therapy to decrease accident incidence rate.»

Journal of Clinical Medicine 2019

Unfälle / Mortalität

THE LANCET

Volume 385, Issue 9983, 30 May–5 June 2015, Pages 2190–2196



Articles

Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study

Dr Søren Dalsgaard PhD ^{a, b, c, d}  , Søren Dinesen Østergaard PhD ^{b, e}, Prof James F Leckman PhD ^f, Prof Preben Bo Mortensen MD ^{a, b, c}, Marianne Giørtz Pedersen MSc ^{a, b}

Unfälle / Mortalität

- Dänisches Register mit einer Kohorte von 1,92 Millionen Personen, darunter 32 061 mit ADHS - Søren Dalsgaard et al., 2015
- Signifikant erhöhte Sterblichkeit
- Die Sterblichkeitsrate (MRR) pro 10 000 Personenjahre betrug 5,85 bei Personen mit ADHS im Vergleich zu 2,21 bei Personen ohne ADHS
- Die häufigste Todesursache: unnatürlich, meist Unfälle
- Personen, bei denen ADHS im Erwachsenenalter diagnostiziert wurde, wiesen eine höhere MRR (4.25) auf als Personen, bei denen die Diagnose im Kindes- und Jugendalter gestellt wurde (MMR=1.58)

ADHS im Strassenverkehr

Original Investigation

FREE

August 2017

Motor Vehicle Crash Risk Among Adolescents and Young Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Allison E. Curry, PhD, MPH¹; Kristina B. Metzger, PhD¹

[> Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA Pediatr. 2017;171(8):756-763. doi:10.1001/jamap

Key Points

Questions What is the association between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and crash involvement among adolescent and young adult drivers, and does this vary by sex, licensing age, and/or being prescribed ADHD medication?

Findings In this cohort study of 2479 adolescents and young adults with ADHD and 15 865 without ADHD, the crash hazard among newly licensed drivers with ADHD was 36% higher. Hazard ratios persisted over licensure and did not vary by sex, licensing age, or medication.

Meaning Crash risk is heightened for young drivers with ADHD; research is critically needed to identify the specific mechanisms by which ADHD influences crash risk to develop effective countermeasures.

ADHS im Strassenverkehr

JAMA Psychiatry | Original Investigation

Association Between Medication Use for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Risk of Motor Vehicle Crashes

Zheng Chang, PhD, MSc; Patrick D. Quinn, PhD; Kwan Hur, PhD; Robert D. Gibbons, PhD; Arvid Sjölander, PhD; Henrik Larsson, PhD; Brian M. D'Onofrio, PhD

IMPORTANCE Motor vehicle crashes (MVCs) are a major public health problem. Research has demonstrated that individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are more likely to experience MVCs, but the effect of ADHD medication treatment on the risk of MVCs remains unclear.

OBJECTIVE To explore associations between ADHD medication use and risk of MVCs in a large cohort of patients with ADHD.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS For this study, a US national cohort of patients with ADHD (n = 2 319 450) was identified from commercial health insurance claims between January 1, 2005, and December 31, 2014, and followed up for emergency department visits for MVCs. The study used within-individual analyses to compare the risk of MVCs during months in which patients received ADHD medication with the risk of MVCs during months in which they did not receive ADHD medication.

[Invited Commentary](#)
page 603

[Supplemental content](#)

- Kohorte 2 319 450 Patienten mit AHDS
- Durchschnittsalter 32.3 J, 51.7% w
- Männer hatten in den Monaten der Medikamenteneinnahme um 38% (OR 0.62; 95% CI, 0.56-0.67) Risiko für Unfälle (MVCs) im Vergleich zu den Monaten ohne Medikation
- Frauen ein um 42% (OR 0.58; 95% CI, 0.53-0.62) Risiko für Unfälle (MVCs) im Vergleich zu den Monaten ohne Medikation
- wichtiges Resultat : hohe Prävalenz der ADHS und deren Assoziation mit Unfällen im StV => Motralität und Morbidität

Asthma / Atopien / Allergien

- Schwedische Registerstudie

- ca. 1,5 Millionen Personen
- Asthmatiker haben eine 45 % > Wahrscheinlichkeit unter ADHS zu leiden (Cortese, S. et al., 2018)

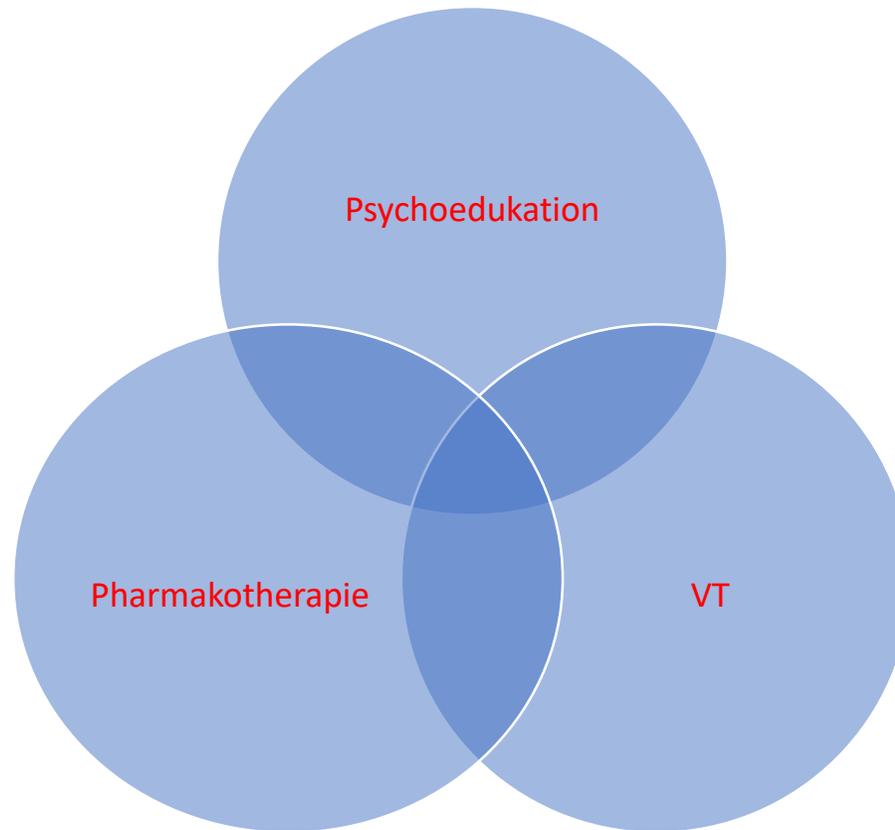
- Dänische Registerstudie

- Kohortenstudie mit fast einer Million Geburten
- Kinder von asthmatischen Müttern : 40 % höhere
- Wahrscheinlichkeit ADHS zu entwickeln (Liu, X. et al., 2019).

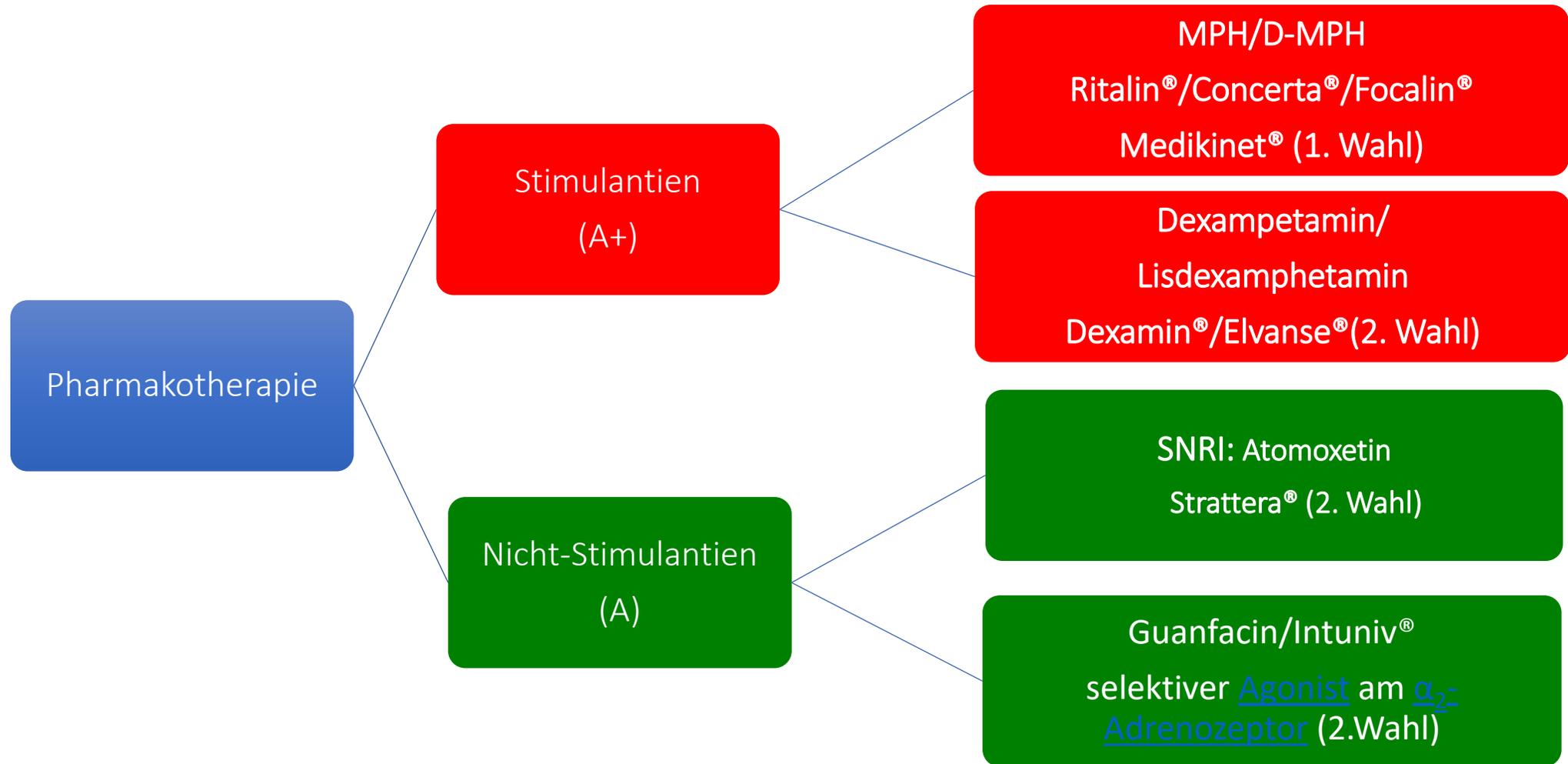
- Meta-Analyse von sechs Längsschnittstudien

- ca. 50 000 Teilnehmern
- Personen mit Asthma oder atopischem Ekzem haben im Vergleich zu Kontrollen um 1/3 höheres Risiko an ADHS zu leiden
- Eine Meta-Analyse von drei Studien mit mehr als 48 000 Teilnehmern ergab, dass bei Personen mit allergischer Rhinitis die Wahrscheinlichkeit, an ADHS zu leiden, um etwa 50 % höher war (van der Schans et al., 2017)

Therapie: Der multimodale Ansatz



Der multimodale Ansatz

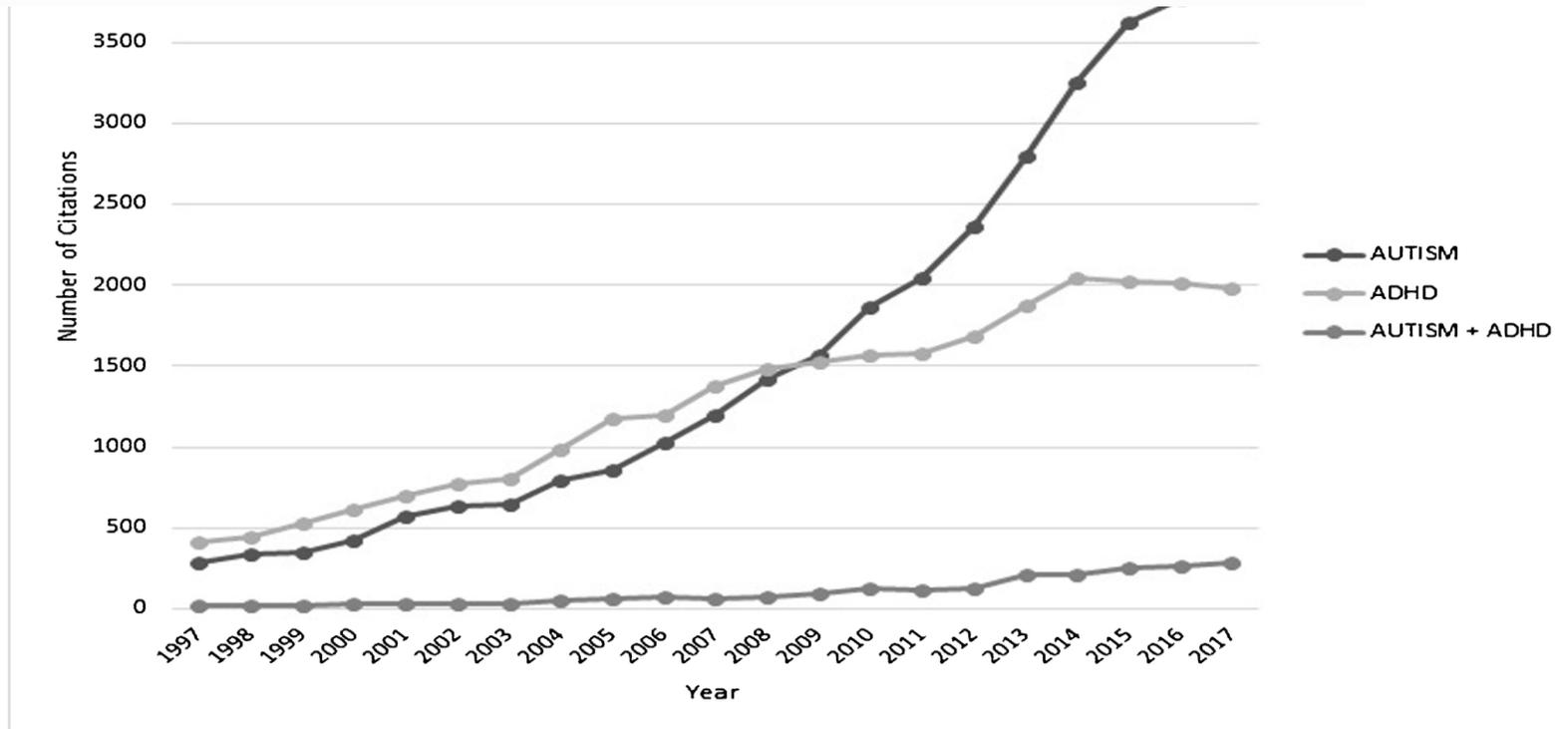


Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations

[Kevin M. Antshel](#) & [Natalie Russo](#)

[Current Psychiatry Reports](#) 21, Article number: 34 (2019) | [Cite this article](#)

11k Accesses | 91 Citations | 6 Altmetric | [Metrics](#)



Number of PubMed citations for ASD, ADHD, and ASD+ADHD

Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations

[Kevin M. Antshel](#)  & [Natalie Russo](#)

[Current Psychiatry Reports](#) **21**, Article number: 34 (2019) | [Cite this article](#)

11k Accesses | **91** Citations | **6** Altmetric | [Metrics](#)



- ADHS und ASS habe beide ähnliche Heritabilität
- werden mit Beeinträchtigungen der sozialen Funktion und der exekutiven Funktion in Verbindung gebracht
- quantitative und qualitative Unterschiede in der phänotypischen Ausprägung der jeweiligen Störung
- Damit ASD-Interventionen maximal wirksam sind, muss die komorbide ADHS berücksichtigt werden (und umgekehrt)
- Komorbidität bei Kinder mit ADHS für ASS ca. 13% (Zablodsky et al., 2017)
- haben häufiger grössere “Therapiebedürftigkeit“, häufigere Komorbiditäten und zeigten eher kombinierte Präsentation von ADHS

Therapie ASS und ADHS



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



- Kaum bis wenig Studien da bis DSM 5 2013 keine gleichzeitige Kodierung möglich
- Schlechteres Ansprechen auf Stimulantien, höhere Anzahl von sog. „Non-Respondern“
- Häufiger UAW unter Stimulanzientherapie, wenn ASS
- Klinische Beobachtungen: besseres Ansprechen auf Lisdexamphetamindimesylat als auf MPH
- Guafacin=Intuniv[®] (Alpha-2-agonist) und Atomoxetin=Strattera[®] (SNRI) bei ASS + ADHS/Tics

Take home

- ICD 11: Kapitel 8 und 9 aus dem ICD 10 zu „neuronalen Entwicklungsstörungen“ zusammengefasst
 - => 06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
- “tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ wird durch eine übergreifende Diagnose Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ersetzt
- Autismus-Spektrum-Störungen und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung können gleichzeitig diagnostiziert werden
- ASS: Stereotypien als ein zwingendes Kriterium
- Komorbiditäten psychisch wie physisch, bei beiden Störungen die Regel
- wenige Studien die ASS+ADHS untersuchen
- Zeitkriterien: bei ADHS „frühe bis mittlere Kindheit“ bei ASS –“frühes Entwicklungsalter“
- ADHS: drei Präsentationen
- Therapie von ADHS Stimulanzen=> gute Evidenz und Wirksamkeit
- beim Vorliegen von beiden Störungen, bessere Resultate, wenn beide behandelt werden