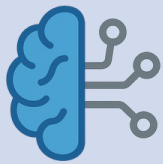


**Er nimmt Amphetamine.
Seit Jahren.**

Aber er hat auch ADHS.

**Und niemand weiß, was
zuerst da war.**





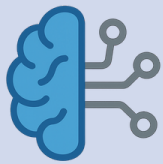
Warum F15.2 so schwer zu greifen ist

Stimulanzenabhängigkeit versteckt sich hinter einer Diagnose.

- ADHS-Symptome und Stimulanzenmissbrauch überlappen klinisch fast vollständig
- Patient wirkt unter Amphetaminen „funktionsfähiger“ – Warnsignal wird übersehen
- Selbstmedikation bei unerkanntem ADHS ist häufig
- Team diskutiert: Abhängigkeit oder Therapie?

Merke: Wenn Amphetamin wie Medizin wirkt, ist das kein Beweis für ADHS.





Der häufigste Denkfehler

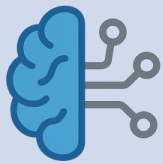
„Der braucht das – ohne kann er gar nicht arbeiten.“ – Falsch.

Abhängigkeit (**F15.2**) liegt vor bei:

- Kontrollverlust über Dosis und Häufigkeit
- Fortgesetztem Konsum trotz Schäden
- Toleranzentwicklung – Dosis steigt
- Entzugssymptomen beim Absetzen

Merke: Funktionieren unter einer Substanz ist kein Therapieerfolg. Es ist ein Befund.





Klinische Einordnung

Stimulanzienabhängigkeit umfasst Amphetamine, Methamphetamin, MDMA und nicht-verschriebenes Methylphenidat.

Entzug (F15.3):

- Erschöpfung, Hypersomnie, Dysphorie, Craving
- Beginn 24–72 h nach letztem Konsum
- Psychisch massiv – Suizidalität im Crash ist real

Merke: Kein Krampf, kein Zittern – aber der Absturz kommt.



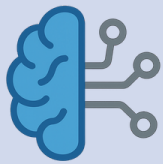


Differentialdiagnosen

- ADHS (F90): besteht vor Substanzkonsum, persistiert in Abstinenz
- Stimulanzieninduzierte Psychose (F15.5): paranoid, nach Hochdosiskonsum
- Bipolare Störung (F31): Manie klinisch ähnlich – Zeitverlauf entscheidend
- Depression (F32): häufig im Entzugs-Crash, nicht eigenständig behandeln

Merke: ADHS-Diagnose erst nach 4 Wochen Abstinenz stellen – nicht früher.





Diagnostik

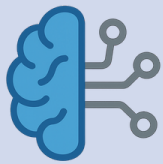
Vier Fragen sofort bei Aufnahme:

1. Welche Substanz, welche Dosis, seit wann?
2. Konsum auf Rezept oder nicht verschrieben?
3. ADHS-Symptome vor Konsumbeginn – Fremdanamnese?
4. Psychotische Symptome unter Konsum?

Labor: Drogenscreening, EKG, RR.

Merke: Fremdanamnese aus Kindheit ist für ADHS-Diagnose entscheidend.





Therapie

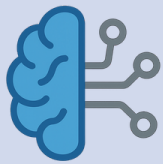
Kein zugelassenes Medikament für Stimulanzienabhängigkeit.

Was wirkt:

- Motivierende Gesprächsführung – Evidenzgrad A
- KVT mit Rückfallprävention
- Bei bestätigtem ADHS nach Abstinenz: Methylphenidat oder Atomoxetin
- Suizidalität im Crash aktiv erfragen und absichern

Merke: ADHS behandeln schützt vor Rückfall – aber erst nach gesicherter Abstinenz.





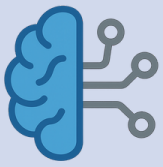
Klinischer Fall

26-jähriger Student. Amphetaminkonsum seit 3 Jahren, täglich, steigende Dosis. „Ohne kann ich nicht lernen.“ Vorher schlechte Schulleistungen, nie diagnostiziert.

Nach 5 Wochen Abstinenz: ADHS-Diagnostik bestätigt – ADHS combined type.

Einordnung: Stimulanzenabhängigkeit F15.2 + ADHS F90.0, sequenzielle Behandlung.

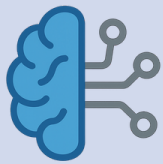




Die häufigsten Fehler

- ✗ ADHS während aktivem Konsum diagnostizieren
- ✗ Methylphenidat verschreiben ohne Abstinenz gesichert
- ✗ Suizidalität im Entzugs-Crash nicht aktiv erfragt
- ✗ Stimulanzieninduzierte Psychose als Schizophrenie fehlkodiert
- ✗ Fremdanamnese aus Kindheit nicht erhoben



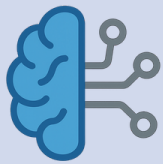


Take Home + Checkliste

- ✓ ADHS-Diagnose erst nach 4 Wochen Abstinenz
 - ✓ Fremdanamnese aus Kindheit für ADHS-Diagnostik einholen
 - ✓ Suizidalität im Crash aktiv erfragen – immer
 - ✓ Stimulanzieninduzierte Psychose ≠ Schizophrenie
 - ✓ Methylphenidat erst nach gesicherter Diagnose und Abstinenz
- Speichere diese Checkliste. Teile sie mit deinem Team.

Quellen: S3-LL ADHS (AWMF 028-045), S3-LL Stimulanzienbezogene Störungen, ICD-10 F15.2, WHO ICD-11 6C45.2





Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt

Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com