

Wehrdienst mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom?

Anpassungsfähigkeit betroffener Soldaten an den Dienst in der Bundeswehr

Das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) mit seinen klinischen Varianten ist ein Krankheitsbild mit Beginn in Kindheit und Jugend, das bei bis zu 50% der Fälle bis in das Erwachsenenalter persistieren kann [19] und hier eine Prävalenz von 0,3–6% der Bevölkerung erreicht [16].

Obwohl beim adulten ADHS grundsätzlich die gleichen Symptomcluster vorkommen wie im Kindesalter, gewinnt im Hinblick auf Verlauf und Prognose zunehmend das soziale Funktionsniveau an Bedeutung [12]. Persistierende aggressive oder dissoziale Verhaltensmuster und die daraus resultierenden sozialen Folgen können erhebliche Einschränkungen der sozialen Entwicklung und Prognose bis ins Erwachsenenalter nach sich ziehen [2, 11, 24].

Dementsprechend kann der Eintritt eines an ADHS erkrankten jungen Menschen in ein stark hierarchisch gegliedertes System wie die Bundeswehr sozial unangepasste Verhaltensweisen mit sich bringen, die dann sowohl für den Betroffenen selbst zu Leidensdruck führen als auch für seine Kameraden und Vorgesetzten eine Belastung darstellen können.

Aufgrund der potenziellen Vulnerabilität für dieses wehrdienstbezogene Konfliktpotenzial hat bis zum Jahr 2007 ein

bestehendes ADHS zu der grundsätzlichen Beurteilung einer gesundheitlichen Nichteignung und damit Freistellung vom Wehrdienst geführt [4]. Ähnlich wird, bei allerdings nur wenig verfügbaren Vergleichsuntersuchungen, auch in anderen Streitkräften verfahren [22].

Dieser Regelung ist allerdings von den Betroffenen regelmäßig auch widersprochen worden. Es handelte sich dabei meist um Bewerber für einen freiwilligen Dienst in der Bundeswehr, die an einer längeren beruflichen Perspektive in den Streitkräften interessiert waren. Diese hatten im Vorfeld ihrer Bewerbung eine z. T. bereits sehr positive soziale Entwicklung trotz bestehendem ADHS durchlaufen und argumentierten nun, dass eine derartige Bewältigungskompetenz im zivilen Bereich auch analoge Rückschlüsse auf eine positive Prognose unter den belastenden Bedingungen des Wehrdienstes zulassen müssten.

Tatsächlich werden im klinischen Alltag der psychiatrischen Abteilungen der Bundeswehrkrankenhäuser immer wieder Soldaten vorstellig, die über Jahre trotz eines im Vorfeld zwar bestehenden, aber bei der Musterungsuntersuchung nicht entdeckten ADHS mit guten Beurteilungen ihrer Vorgesetzten ihren Dienst verrichtet haben. Erst besondere ADHS-typische Belastungssituationen, wie zum Beispiel die Versetzung auf einen Dienstpos-

ten mit reizarmer Bürotätigkeit, führen dann zu einer Dekompensation mit psychiatrischer Vorstellung. Derartige subklinische Verläufe sind u. a. auch bei ADHS-Kindern mit guter Kompensationsfähigkeit, z. B. aufgrund besonderer kognitiver Begabung, bekannt [12].

Die geschilderten Beobachtungen wurden im Jahr 2007 zum Anlass genommen, die in den Bundeswehrkrankenhäusern Hamburg und Berlin ambulant und stationär behandelten Patienten mit ADHS systematisch zu evaluieren.

Fragestellung. Das Ziel dieser Evaluation, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden, war es festzustellen, in welchem Umfang sich Patienten, die sich als aktive Soldaten mit einem ADHS psychiatrisch vorstellten, tatsächlich als untauglich für den Wehrdienst erwiesen und ob Prädiktoren zu definieren waren, mit denen sich ggf. Anpassungsprobleme in der Bundeswehr voraussagen ließen.

Damit sollte die Möglichkeit einer differenzierteren Bewertung der ADHS-Erkrankung in der Bundeswehr gebahnt und ggf. eine Entstigmatisierung der Betroffenen erleichtert werden.

Tab. 1 Merkmale der untersuchten ADHS- und Kontrollpatienten und Signifikanz der Unterschiede

Merkmal	ADHS (n=36)		Kontrolle (n=40)		p ^a
	Ja (%)	Nein (%)	Ja (%)	Nein (%)	
Männliches Geschlecht	97,2	2,8	77,5	22,5	0,015
Konflikt mit Vorgesetzten	55,6	44,4	45	46,7	0,491
Konflikt mit Kameraden	36,1	61,1	27,5	70	0,463
Alkohol	22,2	72,2	27,5	77,5	1,000
Drogen	27,8	66,7	7,5	92,5	0,017
Verwendungsfähig	55,6	44,4	52,5	27,5	0,153
Aggressiv/dissozial	55,6	44,4	17,5	80	0,001
Familiäre Konflikte	69,4	27,8	42,5	55	0,229
Partnerkonflikte	47,2	41,7	57,5	40	0,639
„Broken home“	55,6	41,7	45	52,5	0,363
Komorbidität	75,0	25,0	87,5	12,5	0,237
MMPI Depression	36,1	61,1	32,5	35	0,443
MMPI Hysterie	41,7	55,6	30	37,5	1,000
MMPI Psychasthenie	38,9	58,3	40	27,5	0,200

^aFehlen von 100%: nicht bekannte Werte. ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

In den Jahren 2005 bis 2007 wurden 36 Bundeswehrsoldaten in den Bundeswehrkrankenhäusern Hamburg und Berlin nach Zuweisung ihres Truppenarztes (äquivalent zum Hausarzt) ambulant und stationär auf der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie diagnostiziert und retrospektiv nach der angelegten Behandlungsdokumentation ausgewertet. 35 Patienten (97%) waren männlichen Geschlechts, das Durchschnittsalter lag bei 25,4 Jahren, der jüngste Patient war 18, der älteste 44 Jahre alt.

Die Diagnosestellung erfolgte durch in einem militärischen Dienstverhältnis stehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nach den Kriterien des DSM-IV [1]. Unterstützend angewandt wurden zusätzlich die Wender-Utah-Kriterien für Erwachsene, allerdings nur zum Teil standardisiert (nach Wender-Utah-Rating-Skala) [7, 27]. Aufgrund des retrospektiven Ansatzes sowie der zwei unterschiedlichen an der Untersuchung teilnehmenden Bundeswehrkrankenhäuser wurden keine einheitlichen Syndromscores zur Quantifizierung von Impulsivität, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit in die Evaluation aufgenommen.

Bei 4 Patienten (11,1%) lag ein ADHS mit überwiegender Impulsivität/Hyperaktivität gemäß DSM-IV vor, bei 32

(88,9%) ein ADHS vom gemischten Typ, ADHS mit überwiegender Aufmerksamkeitsstörung kam nicht vor.

Bei 27 Patienten (75%) war die ADHS-Diagnose bereits im Kindes-/Jugendalter gestellt worden, bei 20 (55,5%) war im Vorfeld eine Behandlung erfolgt, die aber zum Zeitpunkt der dem Eintritt in den Wehrdienst vorangehenden Musterungsuntersuchung nicht mehr bestand. Die übrigen Patienten (n=9) gaben seit der Kindheit bestehende Symptome eines ADHS an, waren aber aufgrund einer guten Kompensationsfähigkeit nie klinisch relevant auffällig geworden. Eine ADHS-Medikation wurde bei Erstdiagnostik im Bundeswehrkrankenhaus von keinem der Untersuchten eingenommen.

Die Erhebung der sonstigen psychiatrischen Anamnese erfolgte im nicht strukturierten klinischen Interview (zur Charakterisierung der Patienten s. **Tab. 1**).

Daneben wurde eine *Kontrollgruppe* gebildet. Diese setzte sich aus zufällig ausgewählten ambulanten und stationären Patienten der erwähnten Bundeswehrkrankenhäuser zusammen, die nach den gleichen Kriterien wie die ADHS-Gruppe ausgewertet wurden. 77,5% waren männlichen, 22,5% weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter lag bei 26,1 Jahren (Unterschied zur ADHS-Gruppe nicht signifikant), der jüngste Patient war 18, der älteste 48 Jahre alt.

Die primäre Zielgröße der Auswertung war die Anpassungsfähigkeit des Soldaten im Wehrdienst. Verbindliche bundeswehrinterne Richtlinien [4] klassifizieren alle wesentlichen Krankheitsgruppen aus dem psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Gebiet nach Art und Schwere und sind verbindliche Handlungsanweisung für die Bedingungen einer Beschäftigung bei der Bundeswehr. Davon abgeleitet wurde in dieser Untersuchung eine Operationalisierung der Anpassungsfähigkeit nach 5 Komponenten vorgenommen:

- **Konflikte mit Vorgesetzten:** Das Kriterium galt als erfüllt bei Angabe des untersuchten Patienten, regelmäßige Konflikte mit seinen unmittelbaren militärischen Vorgesetzten zu haben oder durch den Umgang mit militärischem Befehl und Gehorsam erhebliche dauerhafte Symptome zu entwickeln (im Regelfall aggressive Affekte, Ängste oder depressives Rückzugsverhalten).
- **Konflikte mit Kameraden:** Das Kriterium galt als erfüllt bei regelmäßigen Konflikten mit Kameraden und dadurch bedingter psychischer Symptomatik (im Regelfall aggressive Affekte in Auseinandersetzungen, Ängste oder depressives Rückzugsverhalten).
- **Alkoholabusus oder Alkoholabhängigkeit:** Zugrunde gelegt wurden die anamnestischen Angaben des Patienten in Kombination mit dazugehörigen körperlichen Folgeschäden (im Regelfall Laborwerterhöhungen); erheblicher Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit werden als Erkrankungen bewertet, die grundsätzlich mit einem Dienst als Soldat nicht vereinbar sind [4].
- **Drogeneinnahme:** Zugrunde gelegt wurde die anamnestische Angabe eines weniger als 6 Monate zurückliegenden Konsums von illegalen Drogen jeder Art, eingeschlossen waren hier Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit. Alle drei Kategorien werden als Erkrankungen bewertet, die mit einem Dienst als Soldat grundsätzlich nicht vereinbar sind [4]; auch ein in der Gaschromatographie bestätigtes positives Drogenscreening war bei Ausschluss von

Kreuzreaktionen für die Einordnung ausreichend.

- **Verwendungsfähigkeit:** Die Begutachtung des Soldaten als verwendungsfähig oder verwendungsunfähig für die Bundeswehr begründete sich auf der Gesamteinschätzung aller erhobenen Befunde durch den begutachtenden Facharzt unter besonderer Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbidität, der fremdanamnestischen Angaben zum Verhalten im Dienst sowie der Motivation des Patienten zur Fortsetzung des Wehrdienstes. Die Begutachtung als verwendungsfähig führte zu einer Fortsetzung des Wehrdienstes (ggf. mit Auflagen, z. B. kein bundeswehreigenes Fahrzeug mehr führen zu dürfen). Bei verwendungsunfähigen Soldaten wurde ein sogenanntes Dienstunfähigkeitsverfahren eingeleitet, das zu einer vorzei-

tigen Beendigung des Dienstverhältnisses führte.

Diese primären Zielvariablen und die daraus zusammengesetzte kumulative Zielgröße „Anpassungsfähigkeit“ wurden auf das Vorliegen von Einflussgrößen (unabhängige Variablen) untersucht, die sich auf die Auftretenswahrscheinlichkeit der Zielvariablen auswirken können. Dazu gehörten:

- **„Broken home“:** Das Kriterium galt als erfüllt bei anamnestisch berichteten erheblichen biographischen Konflikten in der Herkunftsfamilie; dazu gehörte die dauerhafte Abwesenheit eines Elternteils in Kindheit oder Jugend und/oder gewaltsame oder sexualisierte Übergriffe seitens enger Bezugspersonen.
- **Aggressive und dissoziale Symptome:** Der Patient berichtete über bis zum Untersuchungszeitpunkt anhalten-

de Schwierigkeiten mit der Kontrolle aggressiver Affekte und Verhaltensweisen oder einen dissozialen Verhaltenstypus.

- **Komorbidität:** Bei dem Patienten wurden eine oder mehrere weitere psychiatrische Diagnosen gestellt.
- **MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) Depression/Konversionshysterie/Psychasthenie:** Im durchgeführten MMPI wurden pathologisch erhöhte Werte ($T > 70$) in einer dieser Skalen gemessen, die Interpretation aller 3 Skalen beinhaltet gemäß Testhandbuch Unsicherheiten im Sozialverhalten.
- **Familiäre Konflikte:** Zum Zeitpunkt der Diagnostik bestanden erhebliche und dauerhafte Konflikte des Patienten mit seiner Herkunftsfamilie.
- **Partnerschaftskonflikte:** Zum Zeitpunkt der Diagnostik bestanden erhebliche und dauerhafte Konflikte

Hier steht eine Anzeige.

Tab. 2 Absolute und prozentuale Verteilung komorbider Diagnosen bei ADHS- und Kontrollgruppenpatienten^a

ICD-10	ADHS		Kontrollen	
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
F10.	4	16	2	5,3
F11–19	0	0	3	7,9
F20–29	0	0	1	2,6
F32–39	4	16	3	7,9
F40.–F44.	1	4	0	0
F43.1;43.0	1	4	2	5,3
F43.2	2	8	6	15,8
F45.	1	4	1	2,6
F60.	12	48	20	52,6
Gesamt	25	100	38	100
Keine	13		5	

^aMehrfachnennungen waren möglich. ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom.

des Patienten im Rahmen einer festen Partnerschaft.

Statistik

Es wurden für die ADHS- und die Kontrollgruppe 5 Komponenten der Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst zugrunde gelegt, wobei jede Komponente Ja-Nein-kodiert war mit einigen fehlenden Werten.

Die kumulative Anpassungsfähigkeit (primäre zusammengesetzte Zielvariable) jedes einzelnen Probanden wurde definiert als der Anteil der „Ja“-Werte in den 5 Komponenten (für das Kriterium „Verwendungsfähigkeit“ bedeutete die Verwendungsunfähigkeit den Ja-Wert); bei zwei der Probanden der ADHS-Gruppe waren nicht alle Komponenten gemessen worden, sodass hier der Anteil der „Ja“-Werte auf die entsprechend geringere gemessene Anzahl bezogen wurde.

Mittels *linearer Regression* wurde dann für jede der 8 möglichen Einflussgrößen einzeln geprüft, ob sie einen signifikanten Einfluss auf die primäre Zielvariable hat oder nicht. Zusätzlich wurden Einflüsse auf die einzelnen Teilkomponenten der Anpassungsfähigkeit statistisch ermittelt.

Unterschiede zwischen ADHS- und Kontrollgruppe im direkten Vergleich wurden mittels des exakten Fisher-Tests geprüft. Eine Ausnahme bildete die operationalisierte Anpassungsfähigkeit, hier kam der t-Test zur Anwendung (dies war

zulässig, weil der Kolmogorov-Smirnov-Test die Nullhypothese einer Normalverteilung der Residuen nicht abgelehnt hatte).

Unter Anwendung einer Bonferroni-Korrektur sinkt der Signifikanzlevel von 0,05 auf 0,006.

Die statistischen Untersuchungen wurden durch einen nicht in den Kliniken beschäftigten Statistiker mit SPSS-14 vorgenommen.

Die Speicherung und Auswertung der Daten erfolgte anonymisiert.

Ergebnisse

Die prozentuale Verteilung der untersuchten Zielvariablen zur Verwendungsfähigkeit und der Einflussfaktoren in der untersuchten ADHS- und Kontrollgruppe sowie das Signifikanzniveau der Unterschiede sind in **Tab. 1** aufgeführt. 55,6% der Soldaten mit ADHS und 52,5% der Kontrollgruppe konnten ihren Dienst nach der Behandlung wieder aufnehmen. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht in der Auftretenshäufigkeit von aggressiven, impulsiven oder dissozialen Symptomen. Bei den ADHS-Erkrankten sind diese in 55,6% der Fälle, bei den Kontrollpatienten nur in 17,5% vorhanden ($p=0,001$).

Die komorbiden Diagnosen in beiden Gruppen sind in **Tab. 2** dargestellt.

In den **Tab. 3, 4** sind die jeweils ermittelten p-Werte für die Einflussgrößen auf die *einzelnen Komponenten* und die *zusammengesetzte Zielvariable* „Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst“ für die ADHS- und Kontrollgruppe dargestellt. Die Variablen „aggressive und dissoziale Symptome“, „Partnerschaftskonflikte“ und „Psychasthenie-Skala MMPI“ wirken sich in der ADHS-Gruppe signifikant auf die kumulative Anpassungsfähigkeit aus, allerdings besteht nach Bonferroni-Korrektur bez. der Psychasthenie-Skala keine Signifikanz mehr.

„Komorbidität“, „familiäre Konflikte“ und die Skalen „Depression“ und „Konversionshysterie“ des MMPI haben einen tendenziellen Einfluss auf die Anpassungsfähigkeit. „Broken Home“ hat keinen Einfluss auf die Zielvariable.

In der Kontrollgruppe ergeben sich keine signifikanten Korrelationen.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Aussagen zur sozialen Anpassungsfähigkeit von Patienten mit einem ADHS des Erwachsenenalters in der Bundeswehr zu machen und Risikofaktoren für ungünstige Verläufe zu identifizieren.

Da die Belastungen durch den Wehrdienst durch erhebliche psychodynamische Konfliktfelder (u. a. Trennungskonflikt, Autoritätskonflikt) und Realbelastungen als überdurchschnittlich stark bewertet werden können [18], sind also ggf. aus den Ergebnissen Hypothesen über die Anpassungsfähigkeit von ADHS-Patienten unter Einwirkung besonderer Stressoren ableitbar.

Im Hinblick auf eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der ADHS-erkrankten Bundeswehrangehörigen ist allerdings insofern Vorsicht geboten, weil im Rahmen dieser Untersuchung nur die Patienten betrachtet werden konnten, die sich aufgrund eines gesundheitlich relevanten Leidensdruckes an ihren Truppenarzt (Hausarzt) gewandt hatten und in ein Bundeswehrkrankenhaus überwiesen wurden. Die Soldaten, die trotz einer ADHS-Symptomatik unbeeinträchtigt ihren Dienst verrichteten, blieben unberücksichtigt.

Gemessen an diesen Besonderheiten war es eher überraschend festzustellen, dass nur 44,4% dieser diagnostizierten ADHS-Patienten den Wehrdienst vorzeitig beenden mussten (und damit nicht signifikant mehr als andere psychiatrische Diagnosegruppen), 55,6% Probleme mit ihren Vorgesetzten hatten und nur ca. ein Drittel mit den Kameraden. Der Anteil komorbider Suchterkrankungen lag mit ca. einem Viertel (Alkohol 22,2%, Drogen 27,8%) im Bereich ziviler Studien an Patienten mit ADHS des Erwachsenenalters, z. T. eher noch darunter (bis zu 50% komorbider Substanzmissbrauch) [13, 25].

Diese Ergebnisse trugen dazu bei, dass die Bundeswehr seit 2007 begann, die ADHS-Erkrankung nicht mehr grundsätzlich als Ausschlussgrund für den Wehrdienst einzustufen, sondern die Schwere der Erkrankung, z. B. gemessen an einer aktuellen Medikationsnotwendigkeit, und die dadurch hervorgerufene Einschränkung von Leistungs- und An-

passungsfähigkeit in die Bewertung einzubeziehen. Damit wird die ADHS-Erkrankung anderen psychischen Erkrankungen v. a. aus dem neurotischen Formenkreis gleichgestellt (die ja auch ähnliche Quoten einer Reintegration in dieser Studie zeigten). Dieser Schritt kann als positives Signal einer Entstigmatisierung gewertet werden.

Damit leitete die Bundeswehr eine Entwicklung ein, die auch in den amerikanischen Streitkräften erfolgreich verlief. Dort wurde Rekruten trotz bestehendem ADHS der Eintritt in die Armee erleichtert, wenn sie in der Lage gewesen waren, ohne Medikation den „Highschool-Abschluss“ oder eine Arbeitstätigkeit über ein Jahr zu bewältigen. Diese Gruppe zeigte im darauffolgenden Wehrdienst *nicht* häufiger Anpassungsprobleme als eine Vergleichsgruppe ohne ADHS [17].

Diese Umorientierung in Richtung einer vermehrten Akzeptanz von ADHS-Patienten in den Streitkräften macht aber auch die Suche nach psychosozialen Risikofaktoren bedeutsam, die die Prognose eines ADHS-Patienten unter den Bedingungen des Wehrdienstes beeinflussen können.

Dies ist insofern klinisch relevant, als sich insbesondere ADHS-Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens als gefährdet im Hinblick auf soziale Maladaptation oder soziales Scheitern erwiesen haben. So wurden in untersuchten Populationen von Patienten mit einem ADHS des Erwachsenenalters erhöhte Raten von beruflichen Wechseln und Arbeitslosigkeit gefunden [2, 11]. Bei inhaftierten Straftätern ließen sich darüber hinaus erhöhte Prävalenzen des ADHS von 4–72% feststellen [14, 24].

Mit diesen Ergebnissen ist gut in Übereinstimmung zu bringen, dass auch in der vorliegenden Untersuchung aggressive und dissoziale Symptome signifikant mit der kumulativen schlechteren Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst korrelierten. Diese Korrelation bestand tendenziell (wie auch plausibel anzunehmen) besonders im Hinblick auf Konflikte mit Vorgesetzten, aber auch auf die vorzeitige Entlassung aus dem Wehrdienst und eine Alkoholproblematik. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass sich der gleiche Symptomkomplex bei

Nervenarzt 2011 · 82:343–350 DOI 10.1007/s00115-010-3012-x
© Springer-Verlag 2010

P. Zimmermann · M. Jenuwein · K.H. Biesold · A. Heinz · A. Ströhle

Wehrdienst mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom? Anpassungsfähigkeit betroffener Soldaten an den Dienst in der Bundeswehr

Zusammenfassung

Hintergrund. Der Wehrdienst in der Bundeswehr verlangt aufgrund vielfältiger Belastungen ein hohes soziales Funktionsniveau, so dass ein adultes Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) der Grund für psychische Anpassungsprobleme und dadurch auch für eine Ausmusterung sein kann.

Material und Methoden. Sechsenddreißig Bundeswehrsoldaten mit ADHS, die sich zwischen 2005 und 2007 in den Bundeswehrkrankenhäusern Berlin und Hamburg ambulant oder stationär vorgestellt hatten, wurden retrospektiv evaluiert und mit einer Kontrollgruppe (n=40) verglichen. Die Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst wurde nach 5 Kriterien operationalisiert und mit psychopathologischen Befunden und psychosozialen Risikofaktoren korreliert.

Ergebnisse. Von den an ADHS erkrankten Soldaten konnten 55,6% ihren Dienst fortsetzen. Der kumulative Gesamtwert einer verminderten Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst korrelierte signifikant mit aggressiven und dissozialen Symptomen des ADHS sowie mit Partnerschaftskonflikten. Die Kontrollgruppe zeigte hingegen keine Korrelationen.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein bestehendes ADHS des Erwachsenenalters keinen zwingenden Ausschlussgrund für die Ableistung des Wehrdienstes darstellen muss und dass die Beurteilung der Wehrdienstfähigkeit bei ADHS differenziert erfolgen sollte.

Schlüsselwörter

Adultes ADHS · Bundeswehr · Anpassungsfähigkeit · Risikofaktoren

Military service with adult attention deficit hyperactivity disorder. Adaptability of affected soldiers on active service in the German Armed Forces

Summary

Background. Due to various stressors, soldiers need a high level of social functioning. In those with ADHS, psychological problems and thus a disability for duty can result.

Material and methods. Thirty-six German Armed Forces members with ADHS who presented themselves as outpatients or inpatients in the Army Hospitals of Hamburg and Berlin between 2005 and 2007 were evaluated retrospectively and compared with a control group. The adaptability during duty was defined based on five criteria and statistical correlations with psychological status and psychosocial risk factors of the soldiers were evaluated.

Results. Of the soldiers with ADHS, 55.6% were able to continue their duty. Cumulative adaptability problems in the Army were significantly correlated with aggressive and dissocial symptoms and with partnership problems. The control group showed no correlations.

Conclusions. The results show that adult ADHS does not automatically prevent a soldier from military duty and thus indicate that a differentiated judgement should be preferred.

Keywords

Adult ADHS · German Army · Adaptability · Risk factors

anderen psychiatrischen Störungsbildern der Kontrollgruppe nicht auf die Anpassungsfähigkeit auswirkte. Es könnte also ein ADHS-spezifischer Effekt vorliegen, zumal aggressive, impulsive und dissoziale Symptome bei ADHS-Betroffenen auch signifikant häufiger auftraten.

Aber auch bei ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsmerkmalen im Rahmen eines ADHS (hier abgebildet in den Skalen Psychasthenie, Depressivität und Konversionshysterie des MMPI-K) und allgemeiner psychiatrischer Komorbidität ergaben sich (wenn auch statistisch eher noch fragwürdige) Hinweise auf dadurch hervorgerufene psychosoziale Problematiken in der Bundeswehr. Gerade Unsicherheiten in der Persönlichkeitsstruktur in Zusammenhang mit Reifungsverzögerungen sind als mögliche Ursache für depressiv-ängstliche Dekompensationen nach Eintritt in den Wehrdienst bei jungen Wehrpflichtigen beschrieben worden, da bei diesen angehenden Soldaten die Fähigkeit zur Anpassung an neue Le-

bensverhältnisse mit Trennung vom gewohnten Umfeld vermindert scheint [18].

Auch in zivilen Patientenkollektiven waren Assoziationen zwischen depressiven/Angsterkrankungen und hyperkinetischen Störungen zu finden (in 15–75% der Fälle), für die gemeinsame genetische Grundlagen vermutet werden. Insbesondere für die Komorbidität von depressiver und hyperkinetischer Störung wurde eine besonders ungünstige Prognose mit erhöhter Suizidalität postuliert [3, 9, 13, 20].

Für Anpassungsprobleme in der Bundeswehr können (im Gegensatz zu den untersuchten Kontrollen) bei ADHS-Erkrankten neben der individuellen ADHS-Symptomatik offenbar auch Konflikte in Partnerschaft (und tendenziell auch der Familie) indikativ sein.

Tatsächlich wird der klinische Alltag in der Militärpsychiatrie aufgrund der Umstrukturierungen mit Standortschließungen in den letzten Jahren immer häufiger durch psychoreaktive Erkrankungen gekennzeichnet, die in der Folge weiter Ent-

fernungen vom häuslichen Umfeld und daraus resultierender Entfremdungsprozesse von den Angehörigen entstehen [29]. Diese, möglicherweise auch gegenüber anderen psychisch Erkrankten spezifisch erhöhte Vulnerabilität von Soldaten mit ADHS des Erwachsenenalters für derartige Konfliktfelder ist auch aus anderen Untersuchungen bekannt, in denen weniger stabile Partnerschaften und erhöhte Trennungs- und Scheidungsraten bei ADHS auffielen [2].

Festgestellt werden konnte auch die tendenzielle Assoziation einer Alkoholproblematik in der ADHS-Gruppe mit aggressiven und dissozialen Symptomen sowie einer psychasthenen Strukturierung. Drogenkonsum korrelierte mit Partnerschaftsproblemen. Möglich erscheint einerseits, dass eine bestehende Suchtproblematik zu aggressiven Symptomen oder Partnerschaftskonflikten führte, wahrscheinlicher ist aber wohl, dass hier ein reaktiver Substanzkonsum im Sinne einer „Selbstmedikation“ angesichts schwer erträglicher emotionaler Konflikte und Impulse von den betroffenen Soldaten betrieben wurde. Ähnliches wurde auch an ADHS-Patienten-Kollektiven insbesondere mit Störungen des Sozialverhaltens beschrieben. Diese prädisponierten z. B. zu früh beginnender und schwerer verlaufender Alkoholabhängigkeit [6, 8, 21].

Für schwerwiegende biographische Konflikte ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zur Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst. Diese Beobachtung überrascht, denn in anderen Untersuchungen konnten deutliche Verbindungen zwischen Störungen der familiären Sozialisationsprozesse und der (sozialen) Adaptationsfähigkeit eines ADHS-Erkrankten hergestellt werden. So wirkten sich das Fehlen mütterlicher Zuwendung, eine ineffektive Disziplin von Müttern, aber auch eine antisoziale Persönlichkeitsfehlhaltung von Vätern auf Häufigkeit und Schwere eines ADHS der Kinder aus [23, 26].

Bei wenig grenzsetzenden, aber auch bei stark autoritären bis gewaltsamen primären Erziehungserfahrungen präsentieren sich im klinischen militärpsychiatrischen Alltag immer wieder junge Soldaten mit Autoritätskonflikten mit Bezug auf ihre militärischen Vorgesetzten.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Tab. 3 p-Werte der ADHS-Gruppe für die einzelnen Einflussgrößen auf die unterteilten Komponenten sowie die kumulative Gesamtgröße der Zielvariable „Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst“

Benutzte Einflussgrößen	Verwendungsunfähigkeit	Konflikt mit Vorgesetzten	Konflikt mit Kamerad	Alkoholabusus	Drogeneinnahme	Gesamtgröße
„Broken Home“	0,327 +	0,435 +	0,687 +	0,809 +	0,397 +	0,399 +
Aggressive, dissoziale Symptome	0,041 +	0,011 +	0,046 +	0,048 +	0,206 +	0,001 +
Komorbidität	0,136 +	0,132 +	0,292 +	0,999 +	0,253 +	0,051 +
MMPI Depression	0,154 +	0,078 +	0,301 +	0,362 +	0,775 +	0,076 +
MMPI Konversionshysterie	0,435 +	0,100 +	0,242 +	0,135 +	0,963 +	0,074 +
MMPI Psychasthenie	0,016 +	0,169 +	0,456 +	0,028 +	0,414 +	0,016 +
Familiäre Konflikte	0,202 +	0,067 +	0,085 +	0,155 +	0,961 +	0,064 +
Partnerschaftskonflikte	0,032 +	0,087 +	0,027 +	0,066 +	0,022 +	0,000 +

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Tab. 4 p-Werte der Kontrollgruppe für die einzelnen Einflussgrößen auf die unterteilten Komponenten sowie die kumulative Gesamtgröße der Zielvariable „Anpassungsfähigkeit im Wehrdienst“

Benutzte Einflussgrößen	Verwendungsunfähigkeit	Konflikt mit Vorgesetzten	Konflikt mit Kamerad	Alkoholabusus	Drogeneinnahme	Gesamtgröße
„Broken Home“	0,956 –	0,796 +	0,726 –	0,384 –	0,471 +	0,763 –
Aggressive, dissoziale Symptome	0,981 +	0,066 +	0,042 +	0,999 –	0,482 +	0,298 +
Komorbidität	0,509 –	0,768 +	0,665 +	0,999 +	0,999 +	0,527 +
MMPI Depression	0,083 +	0,756 +	0,486 +	0,582 +	0,505 +	0,224 +
MMPI Konversionshysterie	0,228 +	0,756 +	0,486 +	0,109 +	0,999 –	0,300 +
MMPI Psychasthenie	0,999 +	0,851 +	0,502 +	0,451 +	0,783 +	0,130 +
Familiäre Konflikte	0,570 –	0,159 –	0,557 +	0,953 +	0,418 +	0,612 –
Partnerschaftskonflikte	0,287 –	0,159 +	0,875 +	0,812 –	0,998 –	0,672 –

MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

Dass dieser eigentlich plausible Zusammenhang hier nicht wirksam wurde (auch nicht bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern der Kontrollgruppe), liegt möglicherweise daran, dass sich ein hierarchisches militärisches System mit festem strukturellem Rahmen gerade für junge Soldaten auch als halt- und strukturgebend erweisen kann [10, 18, 30]. Der positive Effekt einer förderlichen sozialen Umgebung zeigte sich auch in Studien an zivilen ADHS-Patienten [12].

Allerdings ist auch ein methodischer Kritikpunkt zu erwähnen: Eine strukturierte testbasierte Evaluation des Parameters „broken home“ hätte evtl. dazu beitragen können, noch spezifischer biographisches Konfliktpotenzial mit der Wehrdienstproblematik in Verbindung zu bringen.

Eine Einschränkung der Aussagekraft dieser Untersuchung ergibt sich neben dem retrospektiven Ansatz durch die geringe Zahl der untersuchten Patienten, die u. a. damit zusammenhängen könnten, dass durch die Ausmusterungspraxis der Jahre vor 2007 im Hinblick auf ADHS

eine selektierte Grundgesamtheit in der Bundeswehr vorliegt. Die kleine Stichprobengröße könnte dazu beigetragen haben, dass die bei einigen Einflussfaktoren festgestellten Tendenzen das Signifikanzniveau nicht erreichten. Zusätzlich war es dadurch auch nicht sinnvoll, Subgruppen des ADHS in der statistischen Auswertung zu berücksichtigen.

Dazu kommt, dass die Diagnoseerhebung zwar auf der Basis einer Facharztentscheidung, jedoch nicht in allen Fällen standardisiert durch ADHS-bezogene psychometrische Testverfahren erfolgte, was insbesondere angesichts der ohnehin bekannten differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten bei ADHS [5] zu einer diagnostischen Unschärfe geführt haben kann. Dadurch war es beispielsweise auch nicht möglich, einzelne Symptomcluster des ADHS zu quantifizieren und mit der Anpassungsfähigkeit für den Wehrdienst in Verbindung zu bringen.

In weiteren prospektiven Studien sollte diesbezüglich noch eine Differenzierung vorgenommen werden, um so ggf. Vorbelastungen bei ADHS-Erkrankten bes-

ser einschätzen und im Hinblick auf den Wehrdienst beurteilen zu können. In diesem Rahmen sollte dann auch zusätzlichen und ggf. protektiven Einflussfaktoren wie z. B. dem Bildungsgrad, Raum gegeben werden.

Interessant für zukünftige Studien wäre auch die Fragestellung, inwieweit ein komorbides ADHS sich auf den Verlauf von im Auslandseinsatz entstandenen psychoreaktiven Erkrankungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung auswirkt.

Fazit für die Praxis

Insgesamt gibt diese Untersuchung Hinweise auf die besondere Bedeutung der psychosozialen Dimension des adulten ADHS, das offenbar vor allem bei aggressiven und dissozialen Verhaltensmustern zu sozialen Anpassungsschwierigkeiten in der Bundeswehr führen kann. Auf der anderen Seite scheint die äußere hierarchische Struktur in den Streitkräften für einen Teil der Betroffenen keine belastende, sondern eher sogar stützende Wir-

kung zu haben, sodass eine weitere Ableistung des Dienstes trotz ADHS möglich war. Diese Ergebnisse sprechen insgesamt für eine differenzierte Einschätzung von Krankheitsbildern wie dem ADHS in der Beurteilung der psychosozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit und können damit einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen leisten.

Korrespondenzadresse

Dr. P. Zimmermann



Abteilung für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psycho-
traumatologie, Bundeswehr-
krankenhaus
Scharnhorststraße 13,
10115 Berlin
plzimmermann@aol.com

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn. APA, Washington D.C.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K (2004) Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 45:195–211
- Biedermann J, Newcorn J, Sprich S (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 148:564–576
- Bundesministerium der Verteidigung (2007) Zentrale Dienstvorschrift 46/1. Kapitel 13:25–26
- Coolidge FL, Thede LL, Young SE (2000) Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits: a preliminary investigation. *Dev Neuropsychol* 17:273–287
- Davids E, Gastpar M (2003) Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Psychiatr Prax* 30:182–186
- Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C (2003) ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Nervenarzt* 46:939–945
- Flory K, Milich R, Lynam DR et al (2003) Relation between childhood disruptive behaviour disorders and substance abuse and dependence symptoms in young adulthood: individuals with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. *J Soc Psychol Add Beh* 17:151–158
- Goodman D (2009) Adult ADHD and comorbid depressive disorders: diagnostic challenges and treatment options. *CNS Spectr* 14(7):5–7
- Hardoff D, Halevy A (2006) Health perspectives regarding adolescents in military service. *Curr Opin Pediatr* 18(4):371–375
- Hennessey KA, Stein MD, Rosengard C et al (2010) Childhood attention deficit hyperactivity disorder, substance use, and adult functioning among incarcerated women. *J Atten Disord* 22 (in press)
- Huss M (2010) Attention-deficit hyperactivity disorder: Risk factors, protective factors, health supply, quality of life. A brief review. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitssch* (in press)
- Jacob CP, Romanos J, Dempfle A et al (2007) Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257(6):309–317
- Kessler RC (2004) Prevalence of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R) proceedings summary. APA, New York, 6
- Krause J (2007) Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 75:293–305
- Krause KH, Krause J, Trott GE (1998) Hyperkinetic syndrome (attention deficit-/hyperactivity disorder) in adulthood. *Nervenarzt* 69:543–556
- Krauss MR, Russel RK, Powers TE, Li Y (2006) Accession standards for ADHD: a survival analysis of military recruits. *Mil Med* 171(2):99–102
- Kutter P (1982) Die entwicklungspsychologische Situation der zum Grundwehrdienst heranstehenden Wehrpflichtigen. *Wehrpsychol Untersuch* 1/82(17):1–47
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A (1993) Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 50:565–576
- Marks DJ, Newcorn JH, Halperin JM (2001) Comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann NY Acad Sci* 931:216–238
- Molina BSG, Pelham WEJ (2003) Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol* 112:497–507
- Multimäki P, Sourander A, Nikolakaras G et al (2008) Childhood predictors of military fitness: a prospective, community-based, follow-up study from age 8 to age 18. *Mil Med* 173(2):146–154
- Pfiffner LJ, McBurnett K, Rathouz PJ, Judice S (2005) Family correlates of oppositional and conduct disorder in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 33:551–561
- Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P et al (2004) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in male young adult prison inmates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254:365–371
- Sullivan MA, Rudnik-Levin F (2001) Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ann NY Acad Sci* 931:251–270
- Thapar A, Bree M van den, Fowler T et al (2006) Predictors of antisocial behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15:118–125
- Wender PH (1995) Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Oxford University Press, New York
- Zimmermann P, Hahne HH (2001) Zur Dynamik psychogener Bewegungsstörungen in der Bundeswehr – zwei Fallberichte. *Krankenhauspsychiatrie* 12(1):31–34
- Zimmermann P, Hahne HH, Ströhle A (2009) Psychiatrische Erkrankungen bei Bundeswehrgeldaten. Veränderungen in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungssysteme im Vergleich der Jahre 2000 und 2006. *Trauma Gewalt* 3(4):316–327
- Zimmermann P, Biesold KH, Hahne HH, Lanczik M (2010) Die Psychiatrie der Bundeswehr im Wandel – Standortbestimmung und Perspektiven. *Trauma Gewalt* 4(2):2–11