ADHS im Erwachsenenalter
fact or fiction?

59. LINZER PSYCHIATRISCHEN SAMSTAG

Thomas Vanicek
Vorstand der Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin

Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Floridsdorf

Für die
Stadt Wien

08.11.2025

Disclosures / Conflict of interest

- Speaker-Honorar: Janssen und Takeda.
- Reisekostenübernahme und Teilnahme an Kongressen: Takedo, Medice, Janssen

Fact or Fiction?

Diagnostik

Therapie bei ADHS

Fact or Fiction?

Behauptung „ADHS ist erfunden/fabriziert“ – was steht dann grundsätzlich zur Diskussion?

- **Grundsatzfrage**: Gibt es psychische Erkrankungen überhaupt – oder sind sie gesellschaftliche Konstrukte?
- **Wenn ADHS „erfunden“ wäre, müsste man konsequent hinterfragen**:
  - Gibt es andere psychische Erkrankungen „wirklich“?
  - Oder ist das gesamte medizinisch-psychiatrische System überflüssig bzw. rein normativ?
- **Das führt zu einer Grundsatzdebatte über**:
  - Was Krankheit ist
  - Wo Norm endet und Pathologie beginnt
  - Wer entscheidet, was behandlungsbedürftig ist

ADHS – eine fabrizierte Krankheit?

Prof. Eisenberg wurde in diesem Interview als ‚Vater bzw. der Erfinder des ADHS' genannt.

Während des ‚letzten Interviews'
→ ‚ADHS ist ein Paradebeispiel für eine fabrizierte Erkrankung'

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 17, Number 3, 2007
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 279–283
DOI: 10.1089/cap.2006.0139

Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When "ADHD" Was the "Brain-Damaged Child"

Leon Eisenberg, M.D.

Neurodiversität

- Menschen haben unterschiedlich funktionierende Gehirne – so wie sie unterschiedliche Körper, Persönlichkeiten oder Sprachen haben.
- Diese Unterschiede sind Teil der natürlichen Vielfalt menschlichen Lebens, keine Abweichungen, die grundsätzlich „krank“ oder „defekt“ sind.
- Beispiele für neurodivergente Formen: Autismus, ADHS, Dyslexie, Tourette-Syndrom.

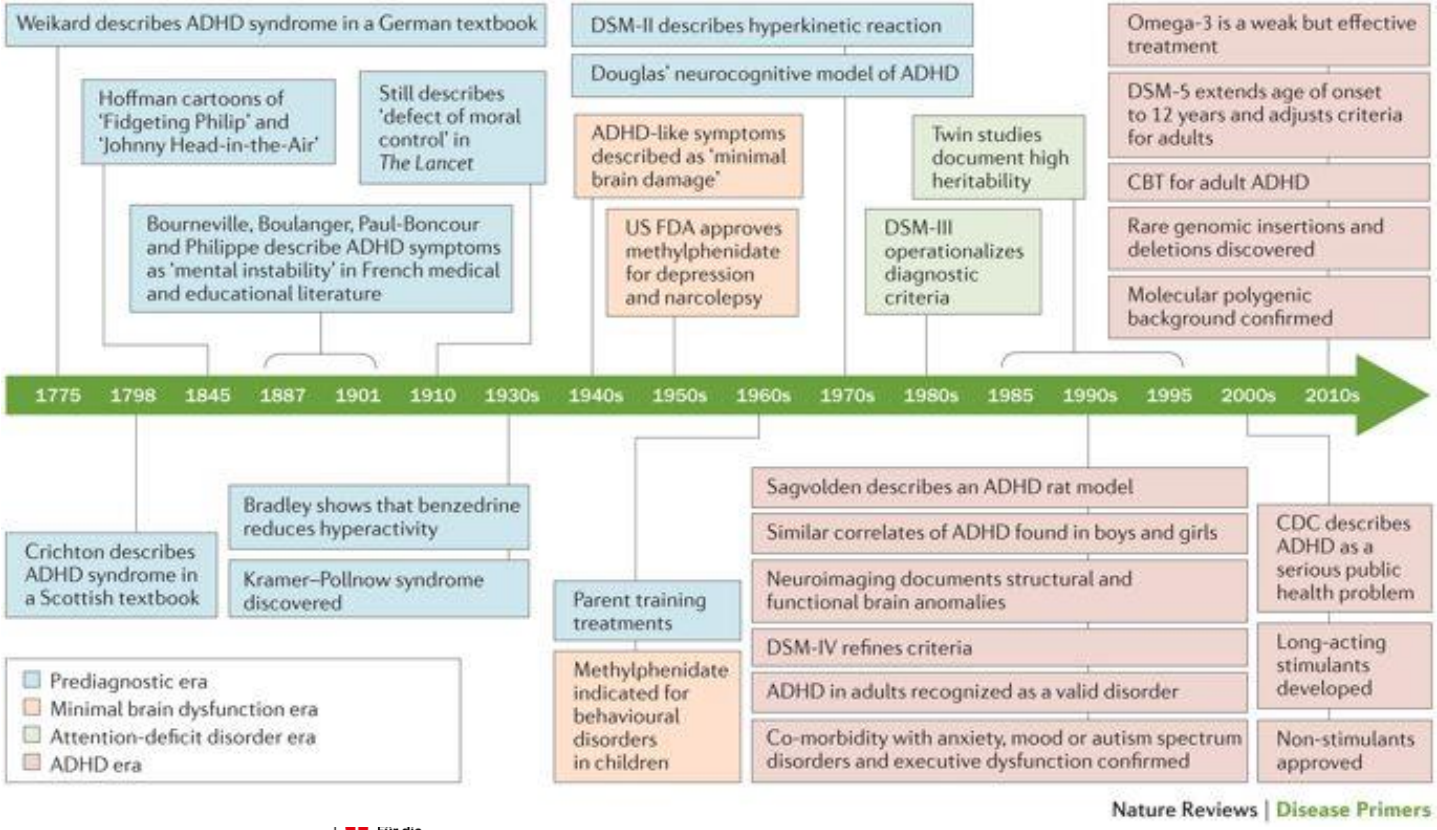
- Probleme / Symptome entstehen oft durch ein wenig flexibles Umfeld, nicht primär durch die Merkmale selbst.

Neurodiversität

- **Inklusiver, evidenzbasierter Umgang** *Keine Mode-Diagnose*: Erfordert differenzierte Diagnostik, Entstigmatisierung und gesellschaftliche Sensibilisierung.

- **Therapie** Wirksam ist die **Kombination** aus Medikation und **Anpassung von Lern-, Arbeits- und Lebensumfeldern.**

Geschichte des ADHS



38 Studien zur Heritabilität von ADHS

Faraone & Larsson, Molecular Psychiatry, 2018

Durchschnittlische Heritabilität ~ 80%

Klinischer Einfluss einer hohen Heratibilität?

- Familienmitglieder sind meist auch betroffen
- ~25% der Eltern benötigen Behandlung gegen ADHS oder Komorbiditäten
- ADHS der Eltern wird Einfluss auf Therapie haben

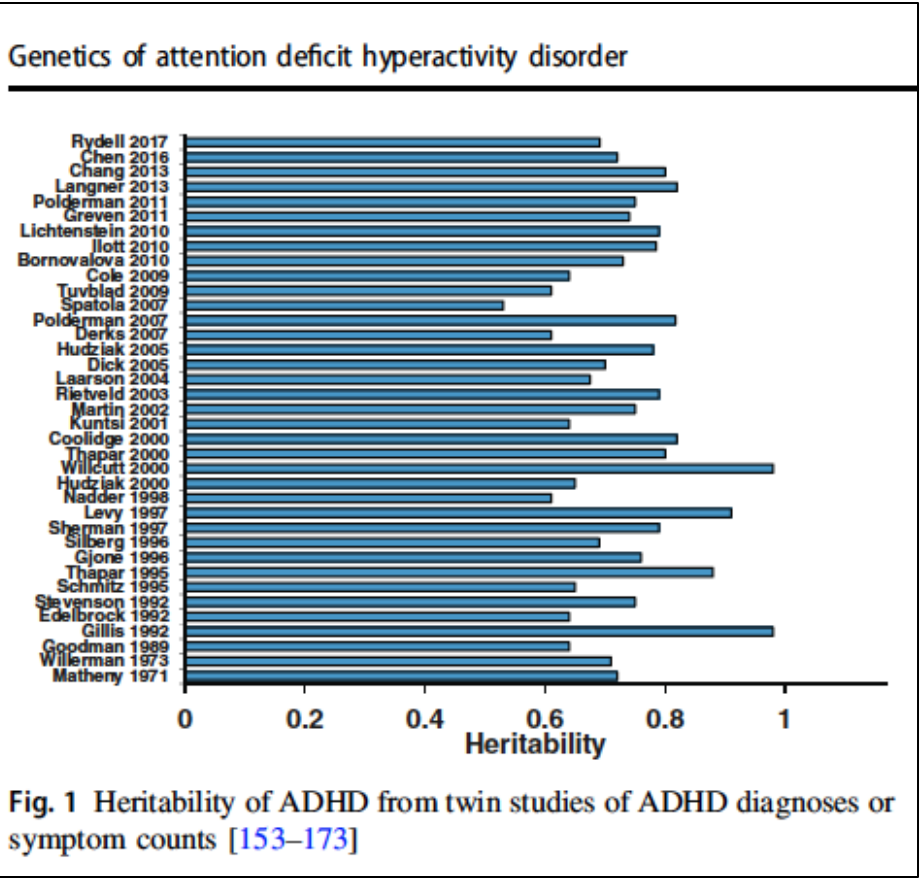


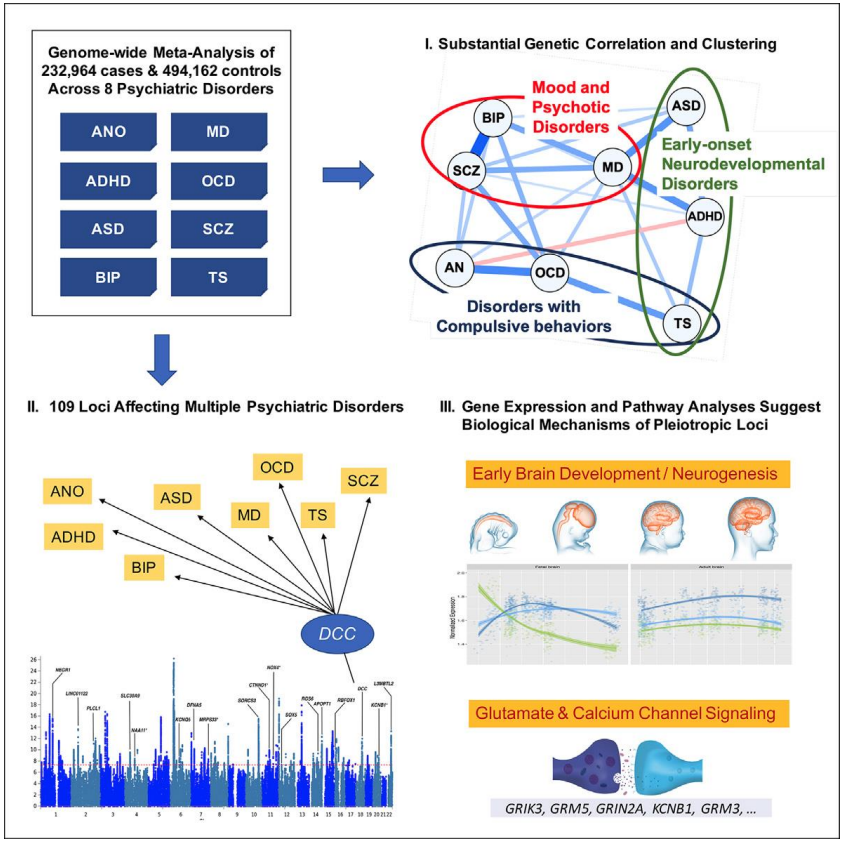
Fig. 1 Heritability of ADHD from twin studies of ADHD diagnoses or symptom counts [153–173]

Genomweite Analyse gemeinsamer genetischer Risiken über 8 psychiatrische Störungen

n > 230 000

- **Hohe genetische Korrelationen zwischen ADHS, Depression, bipolaren und Angststörungen** (r_g ≈ 0,4–0,7).

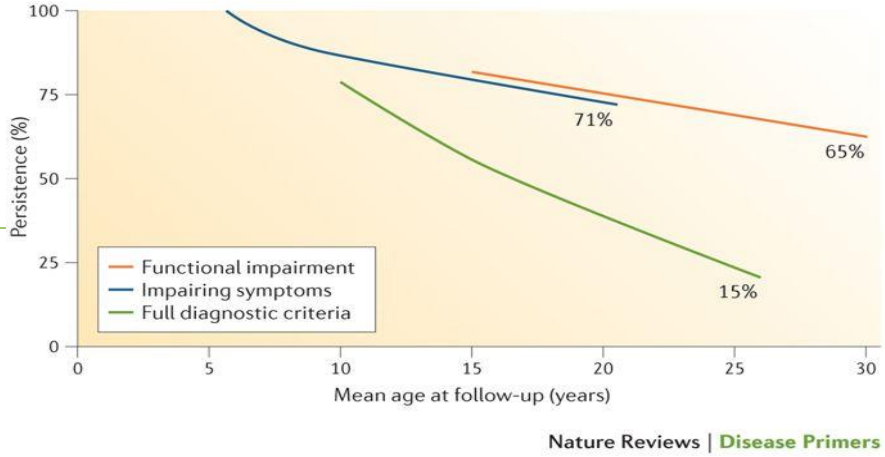
- **Bedeutung:** Psychiatrische Diagnosen teilen überlappende molekulare Grundlagen – Dimension statt kategorialer Ansatz.



Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium
Cell, 2019

ADHS

„Live fast, die young“



European Neuropsychopharmacology (2018) 28, 1059-1088

ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro

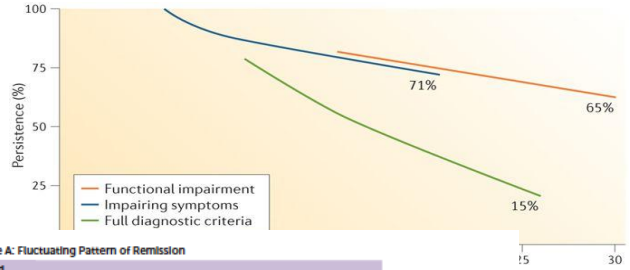
REVIEW

Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan

Barbara Franke[a,b,*], Giorgia Michelini[c], Philip Asherson[c], Tobias Banaschewski[d], Andrea Bilbow[e,f], Jan K. Buitelaar[g], Bru Cormand[h,i,j,k], Stephen V. Faraone[l,m], Ylva Ginsberg[n,o], Jan Haavik[m,p], Jonna Kuntsi[c], Henrik Larsson[n,o], Klaus-Peter Lesch[q,r,s], J. Antoni Ramos-Quiroga[t,u,v,w], János M. Réthelyi[x,y], Marta Ribases[t,u,v], Andreas Reif[z]

ADHS

„Live fast, die young“



European Neuropsychopharmacology (2018) 28, 1059-1088

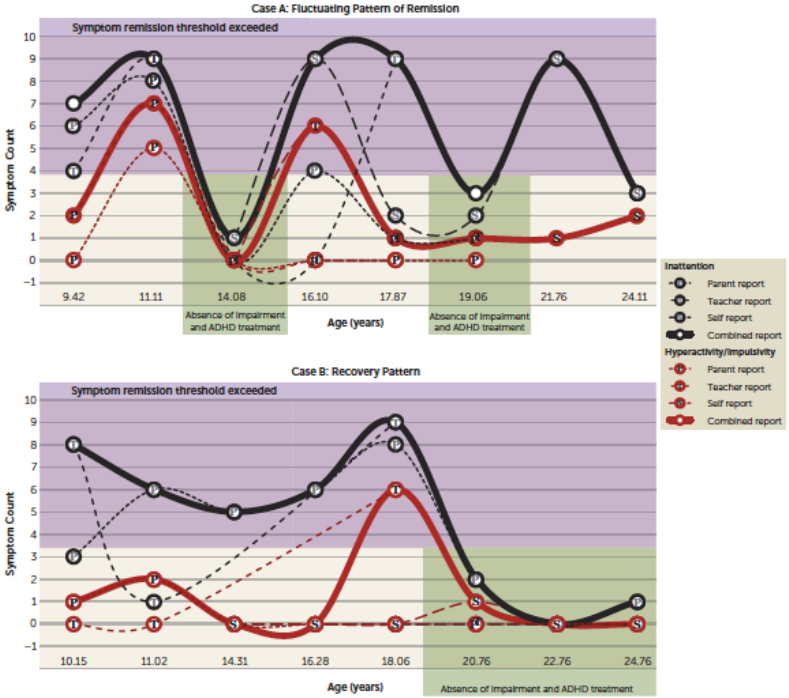
ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro

REVIEW

Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan

Barbara Franke[a,b,*], Giorgia Michelini[c], Philip Asherson[c], Tobias Banaschewski[d], Andrea Bilbow[e,f], Jan K. Buitelaar[g], Bru Cormand[h,i,j,k], Stephen V. Faraone[l,m], Ylva Ginsberg[n,o], Jan Haavik[m,p], Jonna Kuntsi[c], Henrik Larsson[n,o], Klaus-Peter Lesch[q,r,s], J. Antoni Ramos-Quiroga[t,u,v,w], János M. Réthelyi[x,y], Marta Ribases[t,u,v], Andreas Reif[z]



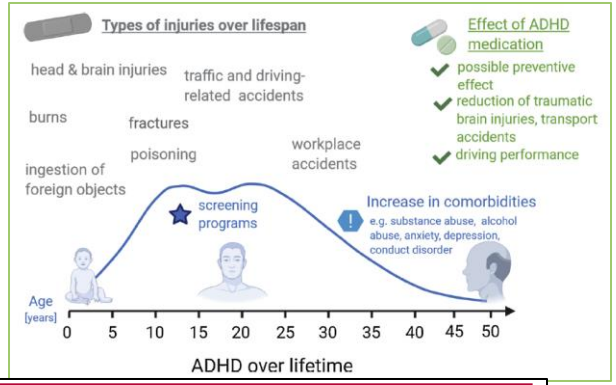
Sibley 2022 AJP

ADHS – Risiken: Unfälle, Mortalität, Suizidalität, Forensik

- bis zu **2-fach erhöhtes Risiko** Risiko für Verkehrs-, Arbeits- und Freizeitunfälle
- Erhöhte Gesamtmortalität bei unbehandeltem ADHS
  - Ursachen: Unfälle, Suizide, riskantes Verhalten
- Signifikant **erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und -versuche**
  - Besonders bei komorbiden Störungen (Depression, Sucht, Persön.stg.)

Forensik

- Höhere Raten an **Impulsivität und Regelverstößen**
- Überrepräsentation in forensischen Populationen
- ADHS oft **unerkannt** in Justizsystemen



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

Søren Dalsgaard, Søren Dinesen Østergaard, James F Leckman, Preben Bo Mortensen, Marianne Giørtz Pedersen

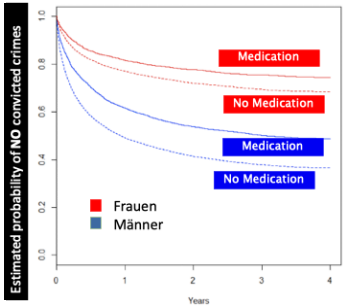
Lancet 2015; 385: 2190–96

Summary

Background Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common mental disorder associated with factors

Table 2. Attempted and Completed Suicide ORs Among Probands With ADHD Compared With Matched Control Participants

Variable	No.		OR (95% CI)		
	Probands With ADHD	Control Participants	Crude	Adjusted for SES	Adjusted for Psychiatric Comorbidities[a]
Attempted suicide					
All	51 707	258 535	8.46 (8.07-8.87)	8.26 (7.87-8.66)	3.62 (3.29-3.98)
Male	36 102	180 510	7.12 (6.68-7.59)	6.88 (6.45-7.34)	2.93 (2.60-3.29)
Female	15 605	78 025	10.39 (9.67-11.15)	10.22 (9.51-10.98)	5.41 (4.60-6.36)
Completed suicide					
All	51 707	258 535	12.22 (8.67-17.22)	12.33 (8.73-17.42)	5.91 (2.45-14.27)
Male	36 102	180 510	10.32 (7.04-15.12)	10.37 (7.05-15.25)	3.70 (1.38-9.95)
		8 025	22.76 (10.06-51.50)	23.23 (10.22-52.78)	NA



Brunkhorst-Kanaan et al. 2021
Ljung et al. 2014
Lichtenstein, P. et al (2012). NEJM
Rösler et al .2004

Was passiert wenn ADHS nicht behandelt wird?

ADHS – Risiken: Unfälle, Mortalität, Suizidalität, Forensik

Pharmakologische Behandlung von ADHS für zu einer Reduktion von wichtigen *real-world outcomes*

Research

JAMA | Original Investigation

ADHD Pharmacotherapy and Mortality in Individuals With ADHD

Lin Li, PhD; Nanbo Zhu, MSc; Le Zhang, PhD; Ralf Kuja-Halkola, PhD; Brian M. D'Onofrio, PhD; Isabell Brikell, PhD; Paul Lichtenstein, PhD; Samuele Cortese, MD, PhD; Henrik Larsson, PhD; Zheng Chang, PhD

thebmj Research Education News & Views Campaigns Jobs

Research

ADHD drug treatment and risk of suicidal behaviours, substance misuse, accidental injuries, transport accidents, and criminality: emulation of target trials

BMJ 2025 ; 390 doi: https://doi.org/10.1136/bmj-2024-083658 (Published 13 August 2025)
Cite this as: *BMJ* 2025;390:e083658

Article | Related content | Metrics | Responses | Peer review

Le Zhang, postdoctoral researcher [1], Nanbo Zhu, postdoctoral researcher [2], Arvid Sjölander, professor [1], Mikail Nourredine, junior statistician [3 4 5], Lin Li, postdoctoral researcher [1], Miguel Garcia-Argibay, senior research fellow [1 3 6 7], Ralf Kuja-Halkola, statistician [1], Isabell Brikell, assistant professor [1 8 9], Paul Lichtenstein, professor [1], Brian M D'Onofrio, professor [1 10], Henrik Larsson, professor [1 3 6], Samuele Cortese, professor [3 11 12 13 14], Zheng Chang, associate professor [1]

JAMA Network Open

Original Investigation | Psychiatry

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Work Disability and Mental Health Outcomes

Heidi Taipale, PhD; Jakob Bergström, MSc; Katalin Gèmes, PhD; Antti Tanskanen, PhD; Lisa Ekselius, MD, PhD; Ellenor Mittendorfer-Rutz, PhD; Magnus Helgesson, PhD

Figure 1. Psychiatric Hospitalization

Exposure	HR (95% CI)	P value
Nonuse	1 [Reference]	
Amphetamine	0.74 (0.61-0.90)	.003
Lisdexamphetamine	0.80 (0.78-0.82)	<.001
Polytherapy	0.85 (0.82-0.88)	<.001
Dexamphetamine	0.88 (0.83-0.94)	<.001
Methylphenidate	0.93 (0.92-0.95)	
Modafinil	0.97 (0.86-1.10)	
Atomoxetine	0.97 (0.94-1.01)	
Guanfacine	1.08 (0.97-1.20)	
Clonidine	1.10 (0.93-1.29)	

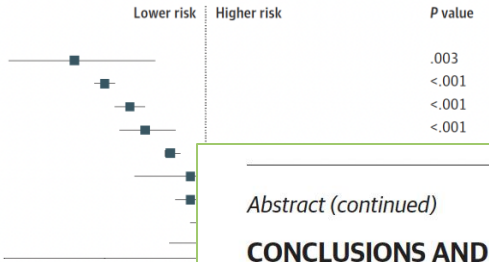


Figure 2. Suicide Attempt and/or Death

Exposure	HR (95% CI)	P value
Nonuse	1 [Reference]	
Amphetamine	0.59 (0.24-1.43)	.24
Dexamphetamine	0.69 (0.53-0.89)	.004
Lisdexamphetamine	0.76 (0.68-0.84)	<.001
Modafinil	0.81 (0.48-1.37)	.43
Polytherapy	0.85 (0.74-0.98)	.02
Methylphenidate	0.92 (0.86-0.98)	.007
Atomoxetine	1.20 (1.04-1.39)	.01
Guanfacine	1.65 (1.12-2.43)	.01
Clonidine	1.92 (1.16-3.18)	.01

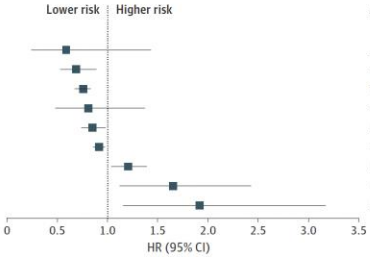


Figure 3. Nonpsychiatric Hospitalization

Exposure	HR (95% CI)	P value
Nonuse	1 [Reference]	
Amphetamine	0.62 (0.45-0.84)	.002
Lisdexamphetamine	0.64 (0.61-0.67)	<.001

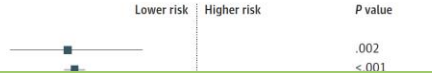
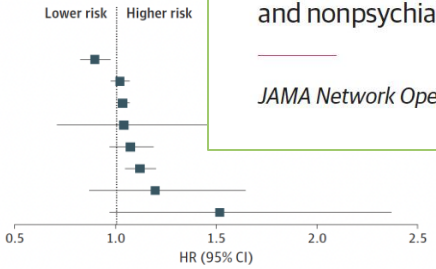


Figure 4. Work Disability

Exposure	HR (95% CI)	P value
Nonuse	1 [Reference]	
Atomoxetine	0.89 (0.82-0.97)	
Lisdexamphetamine	1.02 (0.97-1.07)	
Methylphenidate	1.03 (1.00-1.06)	
Modafinil	1.04 (0.70-1.53)	
Dexamphetamine	1.07 (0.97-1.19)	
Polytherapy	1.12 (1.05-1.20)	.001
Guanfacine	1.19 (0.87-1.64)	.28
Amphetamine	1.51 (0.97-2.37)	.07



Abstract (continued)

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this nationwide cohort study of adolescents and adults with ADHD, the use of ADHD medication was associated with fewer hospitalizations for both psychiatric and nonpsychiatric morbidity and lower suicidal behavior.

JAMA Network Open. 2024;7(3):e242859. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.2859

221 714 persons with ADHD were included in the study cohort
mean age, 25.0 [11.2] years; 120 968 males [54.6%]

JAMA Psychiatry | Original Investigation

Association of Pharmacological Treatments and Hospitalization and Death in Individuals With Amphetamine Use Disorders in a Swedish Nationwide Cohort of 13 965 Patients

Milja Hartikainen, MD; Heidi Taipale, PhD; Antti Tanskanen, PhD; Ellenor Mittendorfer-Rutz, PhD; Markku Lähteenvuo, MD, PhD; Jari Tiihonen, MD, PhD

SUD hospitalization | any hospitalization or death | all-cause mortality

Figure 1. Adjusted Hazard Ratios (aHRs) and 95% CIs for the Risk of Hospitalization Due to Substance Use Disorder (SUD) During Pharmacotherapy Compared With Nonuse of the Medication Class in Within-Individual Analyses

Medication	No. of events	aHR (95% CI)	Corrected P value
Modafinil	20	0.56 (0.30-1.04)	.12
Combination ADHD medication[a]	223	0.80 (0.66-0.96)	.06
Lisdexamphetamine	472	0.82 (0.72-0.94)	.03[b]
Atomoxetine	249	0.88 (0.74-1.03)	.16
Dexamphetamine	103	0.90 (0.67-1.21)	.54
Methylphenidate	2484	0.94 (0.88-1.00)	.11
Amphetamine	11		
Combination SUD medication[a]	224		
Acamprosate	263		
Disulfiram	443		
Buprenorphine	1127		
Methadone	1516		
Naltrexone	325		
Valproic acid	560		
Lamotrigine	389		
Carbamazepine	787		
Combination mood stabilizer[a]	59		
Topiramate	76		
Antidepressants	8843	1.07 (1.03-1.11)	.02[b]
Benzodiazepines	8674	1.17 (1.12-1.22)	.002[b]
Antipsychotics	7920	1.05 (1.01-1.09)	.09

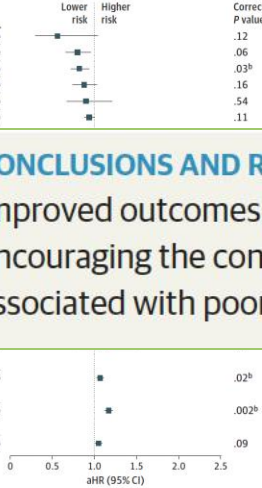


Figure 2. Risk of Hospitalization Due to Any Cause or Death During Use of Pharmacotherapy Compared With Nonuse of the Medication Class in Within-Individual Analyses

Medication	No. of events	aHR (95% CI)	Corrected P value
Modafinil	49	0.72 (0.49-1.05)	.20
Lisdexamphetamine	909	0.86 (0.78-0.95)	.01[b]
Combination ADHD medication[a]	428	0.86 (0.75-0.98)	.06
Dexamphetamine	222	0.98 (0.80-1.20)	.92
Methylphenidate	4198	0.99 (0.94-1.04)	.87
Atomoxetine	372	0.99 (0.86-1.12)	.92
Amphetamine	26	1.08 (0.53-2.21)	.92
Antidepressants	14551	1.10 (1.06-1.14)	.001[b]
Benzodiazepines	15118	1.20 (1.17-1.24)	.001[b]
Antipsychotics	11977	1.06 (1.03-1.10)	.005[b]

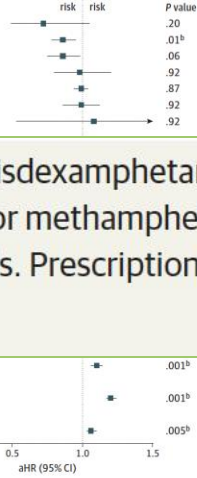
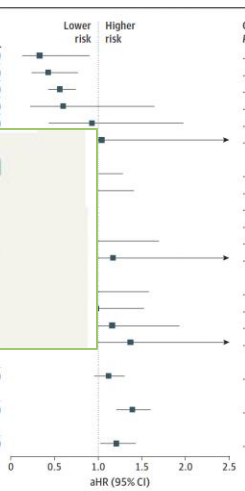


Table 2. Risk of Outcomes Associated With Use of Lisdexamphetamine Compared With Nonuse

Association of Pharmacological Treatments and Hospitalization and Death in Amphetamine Use Disorders in Sweden

Figure 3. Adjusted Risk of All-Cause Mortality Associated With Medication Use vs Medication Class Nonuse in Between-Individual Analyses (Traditional Cox Model)

Medication	No. of events	aHR (95% CI)	Corrected P value
Combination ADHD medication[a]	4	0.33 (0.13-0.90)	.08
Lisdexamphetamine	12	0.43 (0.24-0.77)	.03[b]
Methylphenidate	61	0.56 (0.43-0.74)	.001[b]
Dexamphetamine	4	0.60 (0.22-1.64)	.55
Atomoxetine	7	0.93 (0.44-1.97)	.95
			.96
			.20
			.32
			.07
			.08
			.95
			.84
			.84
			.96
			.84
			.84
Antidepressants	301	1.12 (0.96-1.30)	.31
Benzodiazepines	415	1.39 (1.21-1.60)	.001[b]
Antipsychotics	213	1.21 (1.03-1.43)	.07



CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this study, use of lisdexamphetamine was associated with improved outcomes in persons with amphetamine or methamphetamine use disorders, encouraging the conduct of randomized clinical trials. Prescription benzodiazepine use was associated with poor outcomes.

Received: 6 January 2023 | Revised: 11 April 2023 | Accepted: 16 April 2023
DOI: 10.1111/acps.13564

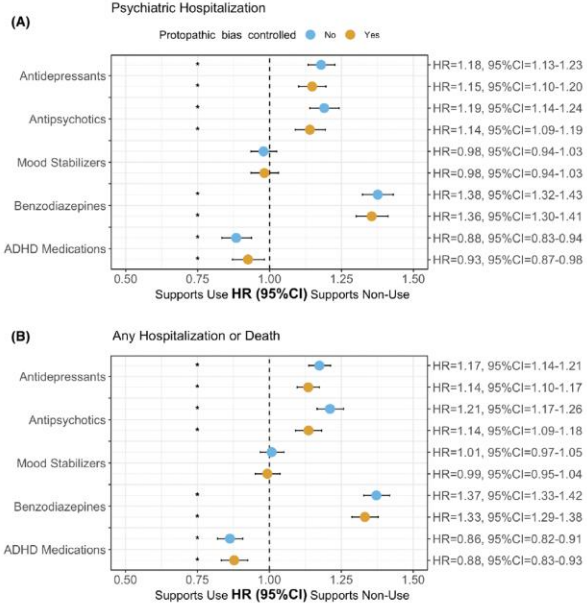
ORIGINAL ARTICLE

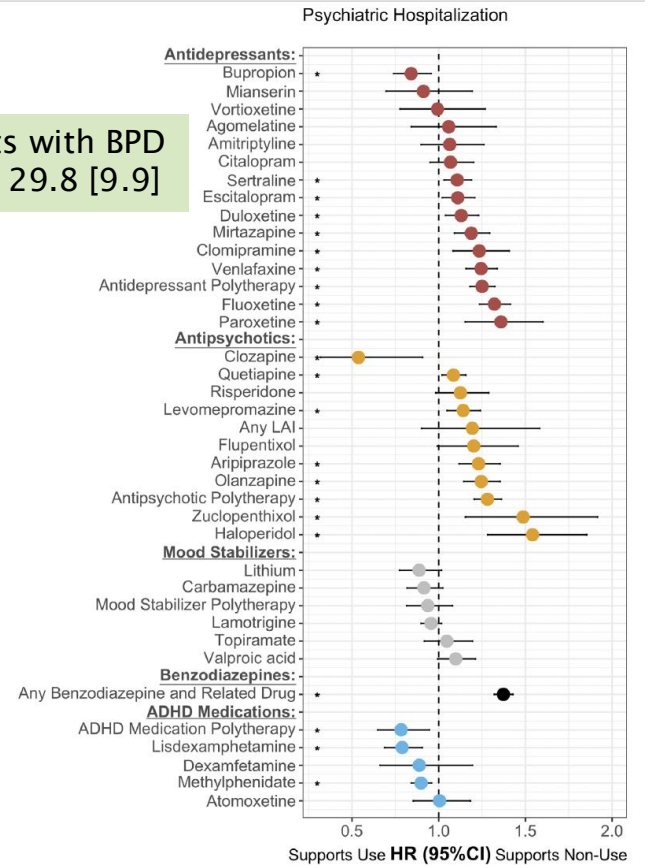
Acta Psychiatrica Scandinavica WILEY

Association of pharmacological treatments and real-world outcomes in borderline personality disorder

Johannes Lieslehto[1,2] | Jari Tiihonen[1,2,3] | Markku Lähteenvuo[1] | Ellenor Mittendorfer-Rutz[2] | Antti Tanskanen[1,2,3] | Heidi Taipale[1,2,3,4]

We identified 17,532 patients with BPD
2649 men; mean [SD] age = 29.8 [9.9]





ADHS, Stimulanzien und Non-Medical Use (NMU)

Faraone et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020

Systematischer Review über **111 Studien:**

- Non-medical use (NMU) von verordneten Stimulanzien ist ein gesundheitlich und gesellschaftlich relevantes Problem bei Adoleszenten
- **NMU p.o.** geht mit **keinem oder geringem medizinischem Effekt** einher
- **Gesundheitlich problematische Verläufe** v.a. bei nicht-oraler Einnahme (**i.v., nasal**)
- Missbrauch zur **Verbesserung der Lern-/ Arbeitsleistungen** sind am **weitestgehend verbreitet** für NMU

Fact or Fiction?

Diagnostik

Therapie bei ADHS

Symptome & Diagnostik

ICD-10

- **Aufmerksamkeitsdefizit**
  - ❖ inklusive Organisations- und Zeitmanagementproblem (OTMP)

- Aufmerksamkeitsdefizit
- Flüchtigkeitsfehler
- Ablenkbarkeit
- Prokrastination
- Schlechtes Zeitgefühl
  - Zu spät kommen
- Unorganisiertes Verhalten
  - Unordentlich, chaotisch sein
- Schwierigkeiten bei organisatorischen Tätigkeiten

- **Hyperaktivität &**
  - **Impulsivität**

- Zappeligkeit
- Motorische Hyperaktivität
- Lauter sein als andere UND mehr reden
- Angetriebensein
- Nicht abwarten können
- Impulsives Handeln und Äußerungen

Diagnostik

ICD-10 – Zusammenfassung der ADHS Symptome

- Aufmerksamkeitsstörung (A) ▪ ≥ 6 Kriterien
- Hyperaktivität/Impulsivität (HI) ▪ ≥ 4 Kriterien
- Symptome über alle Lebensabschnitte durchgehend nachweisbar
  - ▪ auch in der Kindheit (zwischen 5 und 12 Lj)
- Funktionsstörungen ▪ ≥ 2 Lebensbereichen
- nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt

Diagnostik

Grundsätzliches

- kein einfaches Testverfahren für ADHS (im Erwachsenenalter)
- ADHS ist eine **klinische Diagnose**
- aktuellen Symptomatik + Vorliegen der Störung in der Kindheit
- aktuelle Symptomatik gemäß internationalen Diagnosesystem
  - [ICD]-10
  - [DSM]-5
- Diagnosestellung **nur** mit **Fragebögen** oder **neuropsychologischen Tests nicht zulässig**
- Evaluation der Symptome **immer im Gesamtkontext**
- neuropsychologische Defizite bei ADHS auch bei anderen Störungen möglich

Diagnosekriterien (ICD-10)

Aufmerksamkeitsstörung (AS)
- Aufmerksamkeit wird nicht aufrechterhalten ☐
- Flüchtigkeitsfehler ☐
- scheint nicht zuzuhören ☐
- erfüllt Aufgaben nicht vollständig ☐
- Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren ☐
- vermeidet längere geistige Anstrengung/ ist dagegen abgeneigt ☐
- verliert häufig Dinge ☐
- leicht ablenkbar ☐
- vergesslich im Alltag ☐

→ ≥ 6 Kriterien erfüllt? ☐

Hyperaktivität (H)
- zappelt, spielt mit Händen/Füßen ☐
- steht auf, verlässt Platz ☐
- Gefühl der inneren Unruhe ☐
- Schwierigkeiten, Freizeitaktivitäten ruhig durchzuführen ☐
- „auf Achse", ständig in Bewegung ☐

→ ≥ 3 Kriterien erfüllt? ☐

Impulsivität (I)
- redet übermäßig viel ☐
- platzt mit Antworten heraus ☐
- kann schwer warten ☐
- unterbricht/stört andere oft ☐

→ ≥ 1 Kriterium erfüllt? ☐

Diagnosealgorithmus

Screening hinweisend auf ADHS

Erwachsenenalter
- AS ≥ 6 Diagnosekriterien stark ausgeprägt/ häufig vorhanden
  H, I ≥ 4 Diagnosekriterien stark ausgeprägt/ häufig vorhanden

- Einige Symptome der AS und/oder HI, die Beeinträchtigung verursachen, waren bereits vor dem 7. Lebensjahr vorhanden
- Beeinträchtigung in mehreren Lebensbereichen (Ausbildung/Arbeitsplatz, zu Hause, mit Freunden/Bekannten, andere Aktivitäten)
- klinisch bedeutsame Beeinträchtigung im sozialen, schulischen oder beruflichen Lebensbereich
- Symptome können nicht durch andere psychische Störung erklärt werden

ADHS-Symptomatik in der Kindheit (vor dem 7. Lebensjahr)
- Konzentrationsprobleme, leichte Ablenkbarkeit
- geringes Durchhaltevermögen
- unaufmerksam, unorganisiert
- nervös, zappelig
- schlechte Selbstkontrolle

Behandlungsalgorithmus

Der **multimodale Behandlungsplan** ist abhängig von:
- Schwere der Symptomatik
- Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung
- individuellen Präferenzen

Therapie: psychosoziale und/oder psychopharmakologische Interventionen

Beginn der Therapie
lang wirksame Stimulanzien (1. MPH, 2. AMPH)*
- Dosistitration
- Beurteilung der Wirksamkeit und Verträglichkeit

↓

Wirksamkeit und Verträglichkeit gegeben?

↓ ja → Fortsetzung der Therapie

↓ nein → anderes Stimulans oder Nichtstimulans

↓

Falls nötig oder von Vorteil:
Psychopharmakologische Kombinationstherapie lang und kurz wirksames Stimulans und/oder Nichtstimulanzien

Abkürzungen: AS = Aufmerksamkeitsstörung; H = Hyperaktivität; I = Impulsivität; MPH = Methylphenidat; AMPH = Amphetamine

** Startdosis: 1) retardiertes Methylphenidat 10–20mg, Methylphenidat OROS 18mg; 2) Lisdexamfetamin 30mg; im Folgenden: Dosistitration entsprechend Wirksamkeit und Verträglichkeit*

© Universitätsmed

Konsensusstatement 2025
ADHS im Erwachsenenalter

Fact or Fiction?

Diagnostik

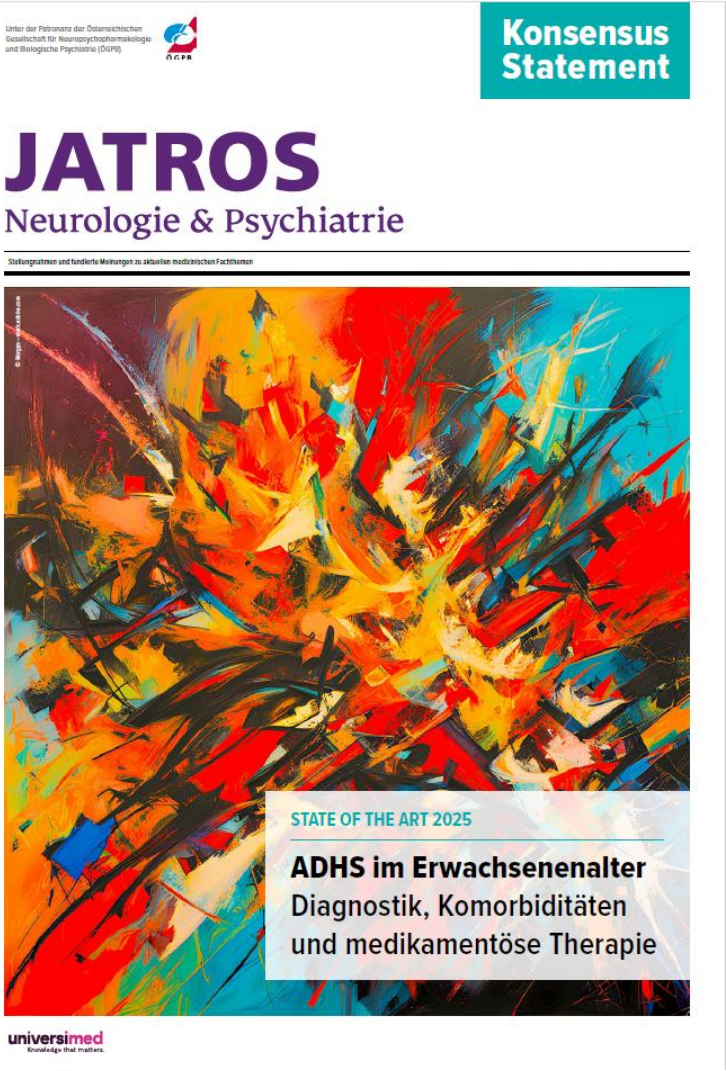
Therapie bei ADHS

universimed | Part of FUTURO Publishing Group | ÖGPB

ADHS im Erwachsenenalter
Diagnostik, Komorbiditäten und medikamentöse Therapie

STATE OF THE ART 2025

Eine Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB)
Prim. DDr. Thomas Vanicek



Was können Sie sich inhaltlich erwarten?

01	Einleitung & Epidemiologie & Ätiologie
02	Symptomatik & Diagnostik
03	ADHS und Komorbiditäten
04	Autismusspektrumstörung & Tourette-Syndrom
05	Geschlechtsspezifische Aspekte von ADHS
06	ADHS und Telemedizin, Digitalisierung und soziale Medien
07	ADHS und Forensik
08	**Behandlung von ADHS – Pharmakologisch**
09	Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten für ADHS

Psychopharmakogolische Therapie von ADHS

- **Therapie der 1. Wahl:** lang wirksames Stimulans (Methylphenidat, dann Lisdexamfetamin)
- **Aufklärung:** Patient:innen und ggf. Angehörige über Wirkmechanismen und mögliche Nebenwirkungen informieren
- **Dosisanpassung:** mit niedriger Dosierung beginnen (Methylphenidat 10 mg, Lisdexamfetamin 30 mg) und bei guter Verträglichkeit langsam titrieren
- **Alternative:** Atomoxetin u. a. als Option anbieten
- **Kombinationstherapie:** keine festen Einschränkungen, z. B. Kombination von kurz und lang wirksamen Stimulanzien oder lang wirksame Stimulanzien und Nichtstimulanzien

Tab. 5: Anwendung von ADHS-Medikamenten (nach Holzer, Vanicek: Spectrum Psychiatrie, November 2024, Focus: Transitionspsychiatrie; ADHS in der Transitionspsychiatrie)

Psychopharmakogolische Therapie von ADHS

Substanz-gruppe	Methylphenidat (veränderte Wirkstofffreisetzung)			Lisdexamfetamin	Atomoxetin
Handels-name	Ritalin LA®, Methylphenidat Stada®	Medikinet retard®	Concerta®	Elvanse®	Atomoxetin Stada®, Atofab®, Strattera®
Darrei-chungs-form	Hartkapseln (10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg [Ritalin LA®])	Hartkapseln (10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg)	Retardtabletten (18 mg, 36 mg, 54 mg)	Hartkapseln (30 mg, 50 mg, 70 mg)	Hartkapseln (10mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg)
Wirkdauer	3–8 h	3–8 h	8–12 h	10–12 h	18–24h
Dosierung	Beginn mit 10–20 mg, langsames Aufdosieren bis auf 60 (bis 80) mg TD möglich	Beginn mit 10–20mg, langsames Aufdosieren bis auf 60 (bis 80) mg TD möglich	Beginn mit 18 mg; Dosistitration bis 72 mg einmal täglich möglich	Beginn mit 30 mg, langsames Aufdosieren bis auf 70 mg TD möglich	Beginn mit 40 mg TD, Zieldosis 1 mg/kg KG, die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt 80–100 mg (Maximal-dosis)
Neben-wirkungen	Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, arterielle Hypertonie, Tachykardie, affektive (depressive und manische) und psychotische Symptome (sehr selten), Aggression und Impulsivität (sehr selten)	Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, arterielle Hypertonie, Tachykardie, affektive (depressive und manische) und psychotische Symptome (sehr selten), Aggression und Impulsivität (sehr selten)	Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, arterielle Hypertonie, Tachykardie, affektive (depressive und manische) und psychotische Symptome (sehr selten), Aggression und Impulsivität (sehr selten)	Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Blutdruckanstieg, Tachykardie, affektive (depressive und manische) und psychotische Symptome (sehr selten), Aggression und Impulsivität (sehr selten)	Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, arterielle Hypertonie, Tachykardie, affektive (depressive und manische) und psychotische Symptome (sehr selten), Aggression und Impulsivität (sehr selten)
(Relative) Kontraindika-tionen und Warnhin-weise	Unverträglichkeit, kardiale Probleme (z. B. rezenter Myokardinfarkt, Insult), Substanzgebrauchsstörung (relative KI), Epilepsie (relative KI)	Unverträglichkeit, kardiale Probleme (z. B. rezenter Myokardinfarkt, Insult), Substanzgebrauchsstörung (relative KI), Epilepsie (relative KI)	Unverträglichkeit, kardiale Probleme (z. B. rezenter Myokardinfarkt, Insult), Substanzgebrauchsstörung (relative KI), Epilepsie (relative KI), schwerwiegende GI Verengung	Unverträglichkeit, kardiale Probleme (z. B. rezenter Mykoardinfarkt, Insult), Schilddrüsenerkrankung, Hypertonie, Glaukom, Substanzgebrauchsstörung (relative KI) Dexamfetamin kann im Harn aufscheinen	Unverträglichkeit, kardiale Probleme (z. B. rezenter Myokardinfarkt, Insult), Engwinkelglaukom

Abkürzungen: TD: Tagesdosis; GI: gastraintestinal; KI: Kontraindikation

Tab. 6: Kurzübersicht über ADHS-Medikamente (Langversion siehe Tab. 10; mod. nach Faraone SV et al.: Nat Rev Dis Primers 2024; 10[1]: 11)

Therapie ADHS
Take Aways

- Das Vorliegen einer **komorbiden Suchtstörung** (oder anderer Stg.) ist relevant, allerdings hat dies in den meisten Fällen wenig Einfluss auf die Therapie mit Stim/Nicht-Stim.

- Bei Frauen mit ADHS wird die gleiche psychopharmakologische Therapie angewendet
- Auf **PMS und PMDS** achten – event. ist eine **Dosisanpassung** (meist Dosissteigerung) in diesem Zyklusabschnitt indiziert

Ansprechen auf Methylphenidat

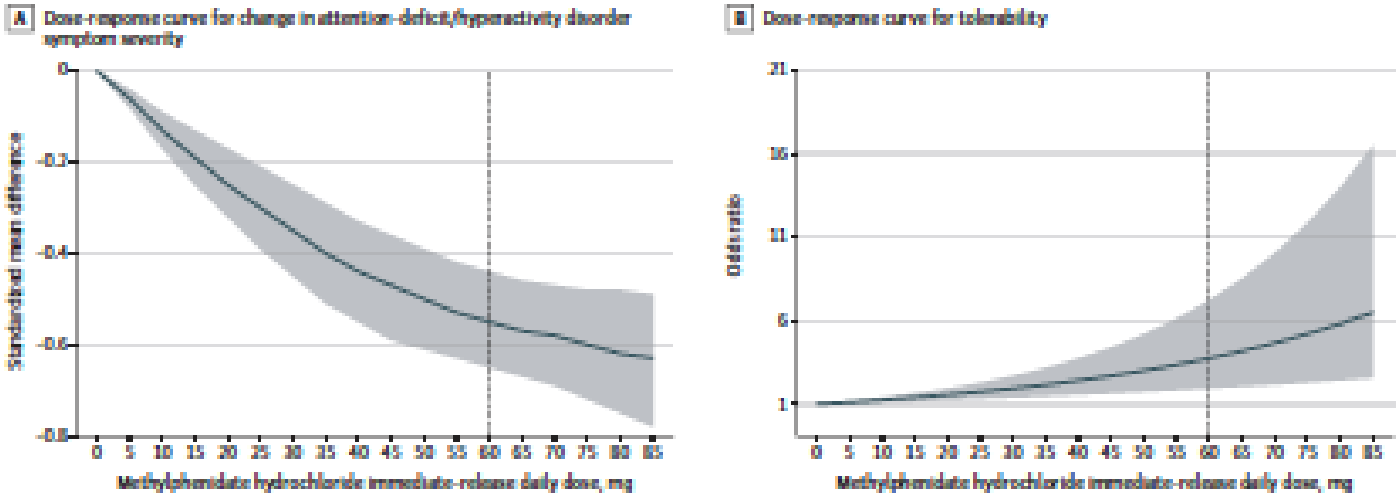
Bei Menschen mit ADHS

JAMA Psychiatry | Original Investigation

Treatment Outcomes With Licensed and Unlicensed Stimulant Doses for Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
A Systematic Review and Meta-Analysis

Luis C. Farhat, MD; José M. Flores, MD, PhD; Víctor J. Avila-Quintero, MD; Guilherme V. Polanczyk, MD, PhD; Andrea Cipriani, MD, PhD; Toshi A. Furukawa, MD, PhD; Michael H. Bloch, MD, MS; Samuele Cortese, MD, PhD

Figure 2. Dose-Response Curves for Methylphenidate



Psychotherapie und Verhaltensmodifikation (u.a. Coaching) bei ADHS

UAW

-) Suchtstörung

-) Schwangerschaft / Stillen

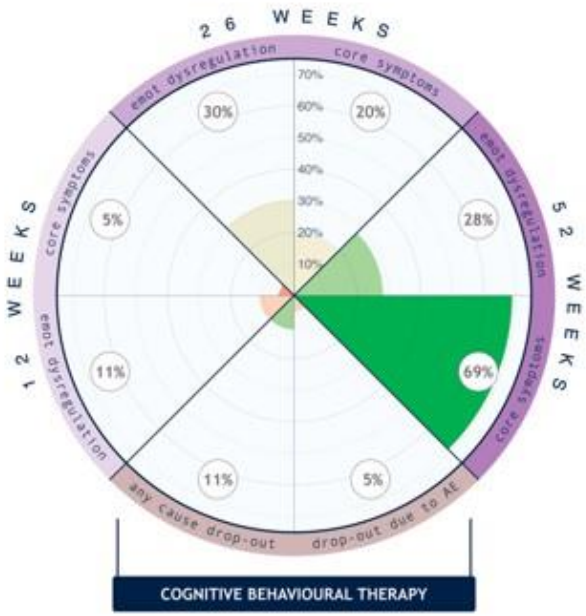
-) Suizidalität

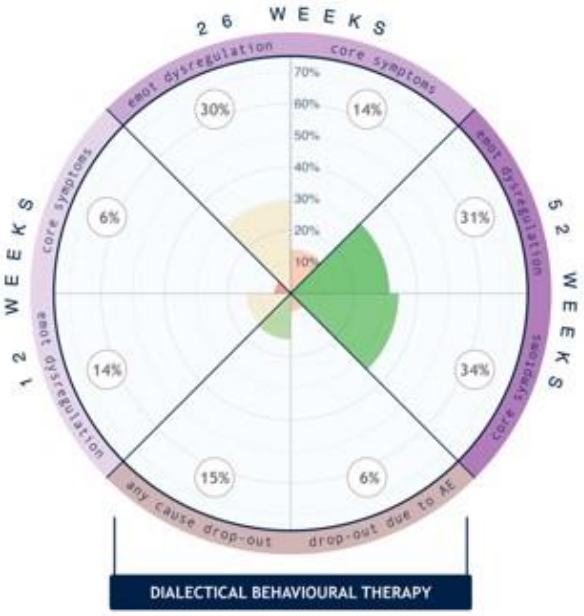
-) Psychose

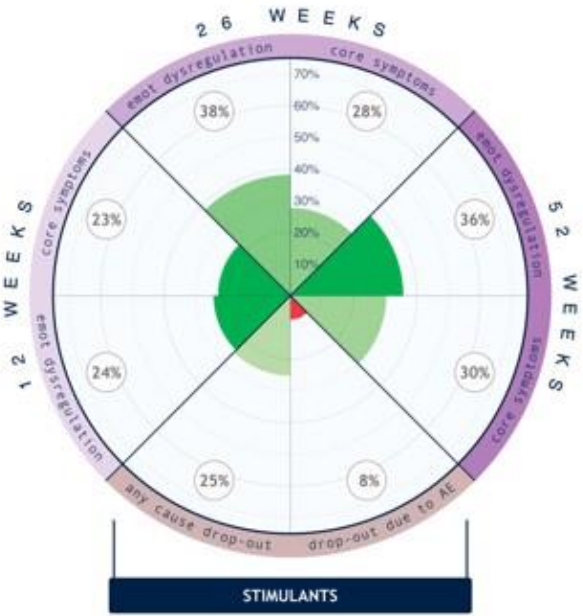
-) art. Hypertonie und Tachykardie

Treatment ADHD adults

Component network meta-analysis (cNMA) – 113 RCTs – 14,887 adults with ADHD







Ostinelli…& Cortese, Lancet Psychiatry, 2025

Nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten für ADHS

Bereich	Empfohlene Maßnahmen	Funktionelle Wirkung auf ADHS
Alltagsstruktur	• feste Tagesstruktur • Planungs-Tools • Routinen	Reduktion von Desorganisation, Erleichterung von Zielverfolgung
Reizkontrolle	• Minimierung von Ablenkungen • reizarmes Umfeld (z. B. Umgang mit Screentime)	verbesserte Fokussierung und Frustrationstoleranz
Entspannung	• Atemtechniken • kurze Pausen • Achtsamkeitsübungen	Emotionsregulation, Reduktion innerer Unruhe
Selbst-akzeptanz	• ADHS als Teil des Selbst annehmen • realistische Erwartungen entwickeln	geringere Selbstabwertung, gesteigerte Motivation
Schlaf	• regelmäßiger Rhythmus • Bildschirmzeit reduzieren • ausreichend Schlaf	Reduktion von Reizbarkeit, bessere Aufmerksamkeitskontrolle
Bewegung/ Sport	• tägliche moderate Bewegung • idealerweise Ausdauer (z. B. Joggen, Radfahren)	bessere Selbstregulation, Konzentration, Stressabbau
Ernährung	• regelmäßige, ausgewogene Mahlzeiten • Blutzuckerstabilität	geringere Ablenkbarkeit, stabilere Energie, weniger Reizbarkeit

Tab. 11: Selbstregulationsbereiche und ihre Bedeutung für Menschen mit ADHS

KEY POINTS

1) ADHS führt zu somatischen und psychischen Komorbiditäten und einer relevanten Beeinträchtigung

2) Klinische Diagnose

3) Therapie ist effektiv

UAW sind vergleichsweise überschaubar

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

Kontakt

ADHS im Erwachsenenalter – fact or fiction?

+43 1 27700-72801

thomas.vanicek@gesundheitsverbund.at

Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Floridsdorf

Für die Stadt Wien

08.11.2025