ADHS im Erwachsenenalter

Diagnostik, Pharmakotherapie und Psychotherapie – aktueller Stand

Prof. Dr. Anne Karow

Privatklinik Falkenried, Hamburg

Fortbildung Vortrag · 2026

Privatklinik
Falkenried



ADHS im Erwachsenenalter

- Prävalenz und Entwicklung
- Diagnostik und Komorbidität
- Multimodale Therapie

Bild von Ståle Freyer auf Pixabay

ADHS auf Social Media: TikTok und Instagram

Die Qualität dieser Inhalte ist inzwischen systematisch untersucht – mit relativ eindeutigen Befunden

„8 Zeichen, dass du ADHS hast“	„Das sagt dir niemand über ADHS“	„ADHS ist meine Superkraft“	„Meine Ärztin hat mir nicht geglaubt“	„Was ich nehme, damit ich funktioniere“
Checklistenvideo aus Alltagsverhalten – ohne Beeinträchtigungskriterium	Symptomliste, die auf nahezu jede Person zutrifft	Ressourcennarrativ ohne Krankheitswert und ohne Leidensdruck	Misstrauensnarrativ gegenüber ärztlicher Diagnostik	Medikationstipps ohne Indikation, Dosis oder Kontrolle

Was die Inhaltsanalysen zeigen

- Top-100 #adhd auf TikTok: 52 % irreführend, 27 % Erfahrungsberichte, nur 21 % fachlich zutreffend; 11 von 100 Videos von Fachpersonen
- Nur 48,7 % der Symptomaussagen kriteriengerecht; kein Video erhielt die höchste Empfehlungsstufe
- Häufigerer Konsum korreliert mit deutlich überschätzter Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung

Was dies für die Erstsprechstunde bedeutet

- Die Inhalte sind Zugangsweg: Viele – besonders Frauen – kommen überhaupt erst dadurch in Behandlung
- Selbstbeobachtung ernst nehmen, Schlussfolgerung ergebnisoffen prüfen
- Den Unterschied zwischen Merkmal und Störung aktiv erklären: entscheidend sind Kindheitsbeginn und Beeinträchtigung

Yeung A, Ng E, Abi-Jaoude E. Can J Psychiatry 2022;67:899–906 · Karasavva V et al. PLOS One 2025;20(3):e0319335 · S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026.

Häufig, unterdiagnostiziert – und zugleich überzugeschrieben

Beide Fehlversorgungen haben dieselbe Lösung: strukturierte Diagnostik statt Zuschreibung

2,6 %
persistierende ADHS bei Erwachsenen (symptomatisch und Kindheitsbeginn)

6,8 %
symptomatische ADHS bei Erwachsenen, ohne Kindheitsbeginn

> 50 %
der betroffenen Kinder bleiben als Erwachsene symptomatisch

60–80 %
mit mindestens einer psychischen Komorbidität

Untererkennung

- Rund 15 % der Erwachsenen in ambulanter psychiatrischer Versorgung erfüllen die ADHS-Kriterien
- Jahrelange Behandlung wegen Depression, Angst, Sucht oder Insomnie – ohne Anamnese Kindheit
- Therapieresistenz ist wichtiger Hinweis
- Frauen sind systematisch häufiger von Unterdiagnosen betroffen

Überzuschreibung

- Zunehmend Selbstdiagnosen aus sozialen Medien, bei denen sich die Kriterien nicht bestätigen
- Symptome ohne Beeinträchtigung sind keine Störung
- Folge: knappe Diagnostikkapazität wird gebunden

Privatklinik Falkenried

Song P et al. J Glob Health 2021;11:04009; Adamis D et al. J Atten Disord 2022;26:1523–1534; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818.; S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026.

Ätiologie: hohe Heritabilität, polygene Architektur

ADHS ist eine der am stärksten erblichen psychischen Diagnosen, neurobiologisch eine Form von Neurodivergenz

Genetik

Heritabilität
Zwillings- und Familienstudien konsistent bei 74–80 % – vergleichbar mit Körpergröße

Polygen
Hunderte Varianten mit jeweils kleinem Effekt; erste genomweit signifikante Loci 2019, deutlich erweitert 2023

Familiär
Deutlich erhöhtes Risiko bei Verwandten ersten Grades

Risikofaktoren

Pränatal
Nikotin-, Alkohol- und Substanzexposition, mütterlicher Stress, Adipositas, Schilddrüsenfunktion

Perinatal
Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht, perinatale Hypoxie

Was daraus folgt

Neurodivergenz
Angeborene Variante der Hirnentwicklung, keine Charakterschwäche – entlastet von Selbstzuschreibungen

Soziobiographische Belastungen
Soziobiographische Faktoren nicht alleinige Ursache – aber Moderator des Verlaufs

Konsequenz
Psychoedukation und Wissensvermittlung gehören an den Anfang jeder Behandlung

Privatklinik Falkenried

Faraone SV, Larsson H. Mol Psychiatry 2019;24:562–575, Demontis D et al. Nat Genet 2023;55:198–208; Larsson H et al. Psychol Med 2014;44:2223–2229; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818 (World Federation of ADHD International Consensus Statement).

Neurobiologie: Reifungsverzögerung und neuronale Netzwerke

Modelle zu Ätiologie und Krankheitsverlauf

A Neurotransmission

- Dysbalancen in der Dopamin- und Noradrenalintransmission in frontostriatalen Bahnen
- Folge: präfrontale Steuerung von Aufmerksamkeit und Impulsen gelingt schlechter
- Erklärt Wirkung Stimulanzien

B Strukturelle Befunde

- Verzögerte kortikale Hirnreifung, besonders präfrontal – im Mittel um etwa drei Jahre
- Aber: Gruppenbefunde ohne individuelle diagnostische Wertigkeit

C Funktionelle Netzwerke

- Unzureichende Deaktivierung des Default-Mode-Netzwerks unter Anforderung
- Gestörte Balance zwischen Aufgaben- und Ruhenetzwerken
- Passt zum klinischen Bild von Ablenkbarkeit und Hyperfokus

Was wir Patientinnen und Patienten sagen können

- Die Steuerung von Aufmerksamkeit und Handlungsplanung reift verzögert und bleibt störanfälliger
- Medikation stellt keine fehlende Fähigkeit her – sie macht das Anwenden vorhandener Strategien möglich
- Bildgebung und Neuropsychologie keine Diagnoseinstrumente und ersetzen keine Exploration
- Auch unauffällige Testleistungen schließen eine erhebliche Alltagsbeeinträchtigung nicht aus

Hoogman M et al. Lancet Psychiatry 2017;4:310–319 (ENIGMA); Shaw P et al. Proc Natl Acad Sci USA 2007;104:19649–19654; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818

Kernsymptome nach DSM-5

Ab 17 Jahren genügen fünf statt sechs Symptome je Dimension – eine bewusste Anpassung an das Erwachsenenalter

A1 · Unaufmerksamkeit

- Flüchtigkeitsfehler, ungenaues Arbeiten
- Aufmerksamkeit bei längeren Aufgaben nicht aufrechtzuerhalten
- Scheint nicht zuzuhören, wenn direkt angesprochen
- Beginnt Aufgaben, bringt sie nicht zu Ende
- Schwierigkeiten, Aufgaben und Abläufe zu organisieren
- Vermeidet Aufgaben mit anhaltender geistiger Anstrengung
- Verliert Gegenstände, die für Aktivitäten nötig sind
- Hohe Ablenkbarkeit durch äussere Reize
- Vergesslichkeit bei Alltagsaktivitäten

A2 · Hyperaktivität und Impulsivität

- Zappeln mit Händen oder Füßen, Herumrutschen
- Verlässt den Platz in Situationen, die Sitzen erfordern
- Motorische Unruhe – bei Erwachsenen oft nur subjektiv
- Schwierigkeiten, sich ruhig zu beschäftigen
- „Auf Achse“, wie getrieben – etwa in langen Besprechungen
- Übermäßiges Reden
- Platzt mit Antworten heraus, bevor die Frage endet
- Kann schwer warten, bis er oder sie an der Reihe ist
- Unterbricht und stört andere

American Psychiatric Association. DSM-5, 2013; Australasian ADHD Professionals Association 2022; S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026

Zusatzsymptome: was den Alltag tatsächlich bestimmt

Nicht in den Kernkriterien enthalten – im Erwachsenenalter aber oft die führenden Alltagsprobleme

Desorganisation
Fehlendes Zeitgefühl, Verspätungen, Prokrastination bis zur letzten Minute, Verlegen von Gegenständen, fehlende Tagesstruktur – oder zwanghafte Überkompensation

Emotionale Labilität
Rasch wechselnde Stimmungen, sprunghafte Entscheidungen, Affektlabilität, Beziehungsprobleme

Stressintoleranz
Überforderung bei Mehrfachanforderung, Schwierigkeiten mit Neuem, anhaltendes Grübeln mit Einschlafstörung

Selbstwertproblematik
Selbstzweifel, Erfolge werden nicht den eigenen Fähigkeiten zugeschrieben, Schuldgefühle gegenüber Eltern und Partnern

Warum das für die psychotherapeutische Arbeit zentral ist

- Die Kernsymptome sprechen auf Medikation an – die Alltagsfolgen nicht immer - Strategien müssen gelernt und geübt werden
- Selbstwert und Scham sind meist das Ergebnis jahrzehntelanger Misserfolgserfahrung und ein eigenständiges Therapieziel
- Emotionale Dysregulation prägt Paar- und Arbeitskonflikte stärker als die Unaufmerksamkeit

Privatklinik Falkenried

Australasian ADHD Professionals Association 2022; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818; S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026

Verlauf: Persistenz, Wandel und fluktuierende Remission

ADHS ist eine lebenslange neuroentwicklungsbedingte Störung – mit wechselnder Ausprägung

Was die Verlaufsdaten zeigen

1. **Früher Beginn**
   ADHS gehört zu den am frühesten beginnenden psychischen Störungen (Grundschulalter)
2. **Persistenz**
   Mehr als 50% der im Kindesalter Betroffenen zeigt als Erwachsene klinisch relevante Symptome
3. **Fluktuation statt Endpunkt**
   In Langzeitkohorten war dauerhafte Remission die Ausnahme; typisch sind wechselnde Phasen von Remission und Rückkehr
4. **Ältere Betroffene**
   Die Gruppe über sechzig relevant, aber kaum Daten i– Wirksamkeit und Sicherheit sind dort unzureichend belegt

Wandel der Symptomatik

Nimmt ab
Motorische Hyperaktivität und offene Impulsivität

Verlagert sich
Hyperaktivität wird zur inneren Unruhe, zum Nicht-abschalten-Können und zur Schlafstörung

Nimmt zu
Aufmerksamkeits- und Organisationsprobleme, entsprechende Alltagsfolgen, sowie komorbide Störungen

Bleibt konstant
Emotionale Dysregulation und Selbstwertproblematik – klinisch oft das Führende

Solmi M et al. Mol Psychiatry 2022;27:281–295; Sibley MH et al. Am J Psychiatry 2022;179:142–151; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818

Wie ADHS klinisch auffällt

Der Vorstellungsanlass ist fast nie die ADHS, sondern die psychische Komorbidität

Therapieresistente Depression oder emotionale Instabilität

Eine depressive Episode, die auf zwei adäquate Behandlungsversuche nicht anspricht, sollte Anlass sein, nach einer zugrunde liegenden ADHS zu fragen

Chronische Schlafstörung

Verzögerte Einschlafphase, „nicht abschalten können“, verschobener Rhythmus – oft das einzige berichtete Symptom

Substanzgebrauch

Nikotin, Alkohol, Cannabis, Koffein in auffälliger Menge – häufig Selbstbehandlung von Unruhe und Schlafstörung

Wiederholte Unfälle

Verkehrsunfälle, Verletzungen, auffällige Fahrhistorie – unbehandelte ADHS ist ein eigenständiger Risikofaktor

Gewicht und Essverhalten

Adipositas, Essanfälle, unregelmäßige Mahlzeiten, ungesundes Essverhalten

Brüchige Biografie und Beziehungskonflikte

Häufige Stellen- und Beziehungswechsel, abgebrochene Ausbildungen, Leistung unter den erkennbaren Fähigkeiten

Die Einstiegsfrage: „Gab es diese Schwierigkeiten schon in der Schulzeit – oder sind sie erst später dazugekommen?“

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818

Psychische Komorbidität

60 bis 80 Prozent haben mindestens eine komorbide Störung – meist ist sie der Vorstellungsgrund

Störungsgruppe	ICD-10	Häufigkeit
Unipolare Depression	F32, F33	> 31 %
Alkoholbezogene Störungen	F10	> 31 %
Angststörungen, Agoraphobie	F40, F41	> 31 %
Borderline-Persönlichkeitsstörung	F60.3	> 31 %
Lese- und Rechtschreibstörung	F81.0	> 31 %
Drogenbezogene Störungen	F11–F19	11–30 %
Bipolare Störung	F31	11–30 %
Zwangsstörung	F42	11–30 %
Autismus-Spektrum-Störung	F84	11–30 %
Essstörungen, PTBS, Psychosen	F50, F43.1, F20–F29	1–10 %

Was daraus für die Praxis folgt

1. **Komorbidität ist die Regel**
   Eine isolierte ADHS im Erwachsenenalter ist die Ausnahme – entsprechend breit muss exploriert werden

2. **Verschleierung**
   Die Komorbidität bestimmt das Bild und verdeckt die zugrunde liegende Störung, besonders bei Sucht und Depression

3. **Reihenfolge**
   Akute Suizidalität, Sucht und schwere Depression werden zuerst behandelt – die ADHS-Behandlung folgt, sie entfällt nicht

4. **Wechselwirkung**
   Unbehandelte ADHS verschlechtert den Verlauf der Komorbidität; behandelte ADHS verbessert häufig auch deren Behandelbarkeit

CADDRA 2018 · Kooij JJS et al. Eur Psychiatry 2019;56:14–34; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818; S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026

Leitliniengerechte Diagnostik

Goldstandard ist die Kombination aus semistrukturiertem Interview und Selbsterfassung

1 Klinische Exploration

Symptomatik in allen Lebensbereichen (inkl. ASRS, Testbatterie), Verhaltensbeobachtung, Funktion und Teilhabe

2 Retrospektive Erfassung

Kindheitssymptomatik mit validiertem Instrument (WURS-K), Schulzeugnisse, Fremdanamnese bei Kindern und Jugendlichen

3 Strukturiertes Interview

Diagnosesicherung mit standardisiertem Verfahren, etwa IDA-R oder DIVA-5

4 Komorbiditätsdiagnostik

Depression, Angst, Sucht, Schlafstörung, Autismus, Persönlichkeitsstörungen

5 Somatische Abklärung

Vitalparameter, Labor, kardiale und ggf. schlafmedizinische Abklärung

6 Befund und Planung

Schriftliche Befundmitteilung, Psychoedukation, Behandlungsplanung

Ein einzelner Online-Fragebogen ist zur Diagnostik unzureichend, kann aber Hinweise liefern

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; Adamou M et al. Front Psychiatry 2024;15:1380410

Privatklinik Falkenried

Diagnostik der ADHS

Alter	Fremdbeurteilung (Experte)	Fremdbeurteilung (Eltern/Erzieher)	Selbstbeurteilung
3-6	• DCL-ADHS (DISYPS-III) • ILF-EXTERNAL (DISYPS-III)	• FBB-ADHS-V (DISYPS-III) • Conners EC	Entfällt
6-10			
11-18		• FBB-ADHS (DISYPS-III)	• SBB-ADHS (DISYPS-III)
>18	• ADHS-DC (Hase) • ADHS Interview (IDA-R) • CAARS-O • WIR (Hase)	Entfällt	• ADHS-SB (Hase) • ASRS • ADHS-E • CAARS-S • KATE • WR-SB • WURS-K

S3-Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, 2026

Ersterfassung von möglichen Symptomen: ASRS und WURS-k

ORIKO weist eine Haupt- und mehrere unterstützende Zusatzfunktionen auf. Diese unterstützen den gesamten Therapiepfad von der Erstdiagnose bis zur längerfristigen Behandlung.

Hauptfunktionen

Digitale Psychotherapie von ADHS im Erwachsenenalter bestehend aus:

- Psychotherapie
- Skills-Training
- Psychoedukation
- Medikations-Adhärenz-Tool
- Therapietagebuch

Zusatzfunktionen (frei)

Zusatzfunktionen für Patienten:

- Digitaler ADHS-Test* WURS-K / ASRS
- Suche ADHS-Spezialisten*
- Vorbereitung Konsultation*
- Ergebnis Teilen via QR Code*

Zusatzfunktionen für Leistungserbringende

- Gemeinsame Diagnostik & Therapieplanung
- Gemeinsame Erfolgskontrolle



Privatklinik Falkenried

* Frei ohne Verschreibung nutzbar; www.oriko-adhs.de

Die vier Bedingungen für eine Diagnose – und die häufigste Fehlerquelle

Alle vier müssen erfüllt sein:

1

Beginn in der Kindheit

Mehrere Symptome vor dem zwölften Lebensjahr – anamnestisch, Zeugnisse/ Fremdanamnese

2

Durchgängigkeit

Überdauerndes Muster, kein episodischer Verlauf - Episoden sprechen z.B. für eine affektive Störung

3

Mehrere Lebensbereiche

Beruf, Partnerschaft, Haushalt, Freizeit – nicht auf eine belastende Situation begrenzt

4

Relevante Beeinträchtigung

Einschränkung von Funktion und Teilhabe - Symptome allein genügen nicht

Die häufigste Fehlerquelle: Symptome ohne Beeinträchtigung

- Ablenkbarkeit, Unruhe und Desorganisation sind in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet
- Erst die nachweisbare Einschränkung macht daraus eine Diagnose
- Umgekehrt: hohe Kompensation verdeckt Beeinträchtigung, ersetzt sie aber nicht
- Nach dem Preis des Funktionierens fragen – Erschöpfung, Arbeitszeit, Verzicht

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; DSM-5 (APA 2013); ICD-11 (WHO), 6A05

Warum ADHS bei Frauen später erkannt wird

Geschlechtsspezifische Aspekte werden in der Leitlinie 2.0 erstmals systematisch berücksichtigt

Anderes Erscheinungsbild

- Häufiger überwiegend unaufmerksames Bild – ohne die äussere Unruhe
- Innere Unruhe, Grübeln und emotionale Dysregulation statt sichtbarer Hyperaktivität
- Hohe Kompensationsleistung: Perfektionismus, Überarbeitung, Listen- und Kontrollsysteme

Typische Fehldeutungen

- Einordnung als Depression, Angststörung oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung
- Ausschließlich hormonelle Erklärung, besonders postpartal und perimenopausal
- Diagnose fällt häufig erst, wenn das eigene Kind diagnostiziert wird

Was daraus folgt

- Bei langjähriger, wechselnder psychiatrischer Vorgeschichte gezielt nach der Kindheit fragen
- Zyklusabhängige Schwankungen – oft prämenstruelle Verschlechterung
- Funktionieren schließt erhebliche Beeinträchtigung nicht aus

Offene Frage mit klinischer Relevanz

Der Einfluss hormoneller Übergänge auf Symptomatik und Medikationsbedarf ist klinisch unstrittig, die Datenlage aber schmal. Schwankungen können in die Dosisplanung einbezogen werden.

Privatklinik Falkenried

Young S et al. BMC Psychiatry 2020;20:404; S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; Faraone SV et al. Neurosci Biobehav Rev 2021;128:789–818

Differentialdiagnostik - Somatische Abklärung

Immer erheben

- Blutdruck und Puls, Gewicht und Größe als Ausgangswerte
- Kardiale Anamnese: Belastungsdyspnoe, Palpitationen, Synkopen
- Familienanamnese: plötzlicher Herztod oder unklarer Tod vor dem 40. Lebensjahr
- Labor: Blutbild, TSH, Ferritin, Vitamin B12, Leber- und Nierenwerte, Blutzucker

Gezielt weiter abklären

- EKG nicht routinemäßig, aber bei jeder kardialen Auffälligkeit
- Bei Adipositas, Schnarchen, Tagesmüdigkeit: ggf. Schlafapnoediagnostik
- Bei Hypertonie: Einstellung optimieren – unbehandelt relative Kontraindikation
- Substanzanamnese und Schwangerschaftsplanung ansprechen

Hintergrund

- Schilddrüsenerkrankungen, Eisenmangel und Schlafapnoe sind drei häufige Differentialdiagnosen
- Ohne Ausgangswerte sind spätere Veränderungen unter Medikation nicht beurteilbar
- Eine Überweisung mit vollständigem somatischem Befund wird in den Spezialambulanzen spürbar schneller bearbeitet

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; Fachinformationen Methylphenidat, Lisdexamfetamin, Atomoxetin



Behandlungsoptionen der ADHS im Erwachsenenalter

Foto von Melissa Askew auf Unsplash

Das multimodale Behandlungskonzept – und die Reihenfolge

Psychoedukation steht am Anfang, Pharmakotherapie nicht als alleinige Maßnahme

1 Psychoedukation

- Diagnose erklären, Biografie einordnen, Selbstvorwürfe entlasten
- Material über adhs-netz und ADHS Deutschland e. V.
- ggf. Angehörige Einbeziehen

2 Struktur und Alltag

- Verhaltenstherapie, Einzel oder Gruppe
- Schlaf, Bewegung und Tagesstruktur
- 2 DiGAs verordnungsfähig (Psychoedukation, ADHS-Skills, Verhaltenstherapie)

3 Pharmakotherapie

- Bei mittelgradiger bis schwerer Ausprägung Mittel der ersten Wahl
- Zielsymptome vor Beginn gemeinsam festlegen und im Verlauf prüfen
- Immer eingebettet in Behandlungskonzept

Der Satz, der in der Aufklärung hilft:

„Das Medikament macht Sie nicht organisiert. Es macht es möglich, dass Sie sich organisieren können."

Die Strategien müssen trotzdem gelernt werden – deshalb ist die Kombination aus Medikation und Verhaltensarbeit der Standard

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; DiGA-Verzeichnis des BfArM, Stand 2026

Welche Psychopharmaka bei ADHS im Erwachsenenalter?

Substanz	Status bei Erwachsenen in Deutschland	Praktischer Hinweis
Methylphenidat	Nur Präparate mit ausdrücklicher Erwachsenenzulassung; BtM-Rezept	Mittel der ersten Wahl. Retardierte Formen bevorzugen, Tagesprofil an den Alltag anpassen
Lisdexamfetamin	Zugelassen, BtM-Rezept	Mittel der ersten Wahl. Prodrug mit langer Wirkdauer und geringerem Missbrauchspotenzial
Atomoxetin	Zugelassen, Antidepressivum (NRI)	Wirkeintritt erst nach Wochen. Option bei Suchtanamnese oder Unverträglichkeiten; wiederholt Lieferengpass
Dexamfetamin	Für Erwachsene nicht zugelassen	Reserveoption; Aufklärung und Dokumentation des Off-Label-Gebrauchs erforderlich
Guanfacin	Für Erwachsene nicht zugelassen	Bei Erwachsenen off-label. Senkt Blutdruck und Puls – relevant bei kardialer Vorbelastung

Nicht jedes Präparat hat eine Erwachsenenzulassung

Fachinformationen; S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026

Wirksamkeit Psychopharmakotherapie: Ergebnisse Netzwerkmetaanalysen

Die Effektstärken der Stimulanzien gehören zu den höchsten in der Psychopharmakotherapie

Cortese et al. 2018

Netzwerkmetaanalyse über alle Altersgruppen, 133 RCTs

- Bei Erwachsenen sind Amphetamine, Methylphenidat und Atomoxetin Placebo überlegen
- Nach Selbsturteil zeigten Amphetamine die höchste Wirksamkeit
- Methylphenidat und Lisdexamphetamin bleiben bei Erwachsenen die Erstlinienempfehlung – wegen Wirksamkeit und Verträglichkeit, Methylphenidat zusätzlich längere Erfahrung
- Atomoxetin wirkt schwächer und langsamer, aber belastbar
- Abbruchraten und Blutdruckeffekte unterscheiden die Substanzen stärker als die Wirksamkeit

Ostinelli et al. 2025

Netzwerkmetaanalyse, 113 RCTs, N = 14.887, nur Erwachsene

- Nach 12 Wochen im Selbsturteil nur Stimulanzien und Atomoxetin Placebo überlegen
- Im Fremdurteil zeigten zusätzlich Psychoedukation, Achtsamkeit, kognitive Remediation, Neurostimulation (tDCS) und KVT Effekte
- Stimulanzien: einzige Intervention mit kurzfristiger Wirksamkeit auf die Kernsymptome bei guter Akzeptanz
- Atomoxetin: wirksam, aber schlechtere Akzeptanz als Placebo
- Nichtmedikamentöse Verfahren zeigen ihre Effekte eher bei längeren Beobachtungszeiträumen

Cortese S et al. Lancet Psychiatry 2018;5:727–738; Ostinelli EG et al. Lancet Psychiatry 2025; S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026

Wirksamkeit, Eindosierung und Nebenwirkungen

Anders als bei Antidepressiva ist die Wirkung innerhalb von Stunden bis Tagen beurteilbar

Effektivität

- Effektstärken Stimulanzien gehören zu den höchsten in der Psychopharmakotherapie
- Metaanalysen: Stimulanzien einzige Intervention mit kurzfristiger Wirkung auf die Kernsymptome bei guter Akzeptanz
- Atomoxetin wirkt schwächer und langsamer

Eindosierung

1. **Zielsymptome festlegen**
   Vorher und gemeinsam – sonst ist der Erfolg nicht beurteilbar
2. **Niedrig beginnen**
   Wöchentlich steigern bis Wirkung und Verträglichkeit ausgewogen sind
3. **Tagesprofil prüfen**
   Wann setzt die Wirkung ein, wann lässt sie nach?

Häufige Nebenwirkungen

Appetitminderung
Vorher essen, abends kalorienreich; Gewicht dokumentieren

Schlafstörung
Einnahme vorverlegen, Wirkdauer prüfen, keine späte Nachdosierung

Unruhe, Kopfschmerz, Palpitationen
Meist dosisabhängig, in den ersten Wochen rückläufig; sonst Dosis senken oder Präparat wechseln

Kardiovaskuläre Sicherheit

Evidenz
RCTs: nur kleine Effekte auf Blutdruck, Puls und EKG. Register: ~4 % relatives Mehrrisiko pro Anwendungsjahr

Einordnung
Bei jungen, kardial Gesunden klein – kein Therapieverzicht; Abwägung bei Alter, Hypertonie, KHK

Monitoring (alle Substanzen)
Vorab Blutdruck, Puls, Gewicht, kardiale und Familienanamnese, EKG bei Auffälligkeit; dann alle 3–6 Monate

Cortese S et al. Lancet Psychiatry 2018;5:727–738; Ostinelli EG et al. Lancet Psychiatry 2025; Farhat LC et al. Lancet Psychiatry 2025;12:355–365; Zhang L et al. JAMA Psychiatry 2024;81:178–187; S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026

Nichtmedikamentöse Behandlung: Optionen und Inhalte

Psychoedukation am Anfang, störungsspezifische Verhaltenstherapie, digitale Gesundheitsanwendungen

1 Psychoedukation

- Störungsmodell erklären – nicht Willensschwäche
- Biografie neu einordnen, Selbstvorwürfe entlasten
- Erwartungen an die Medikation realistisch setzen
- Angehörige einbeziehen, Selbsthilfe vermitteln

2 Verhaltenstherapie

- Symptom- und Störungsspezifisch, Einzel oder Gruppe
- Struktur, Zeitmanagement, Aufgabenstart
- Reduktion Prokrastination als Therapieziel
- Emotionsregulation, an DBT-Skills angelehnt
- Selbstwert und Biographiearbeit

3 Ergänzende Verfahren

- Achtsamkeitsprogramme
- Schlafregulierung, Ernährung und Bewegung
- Coaching, Arbeitsplatz
- Ergotherapie und Neurofeedback allenfalls ergänzend, Evidenz schwach

4 Digitale Anwendungen

- Zwei DiGAs (attexis, ORIKO) für Erwachsene mit ADHS gelistet
- attexis: dauerhaft gelistet, ein RCT N=337
- ORIKO: vorläufig gelistet, zwei RCTs: N= 307, N=387
- Verordnung per Rezept
- KVT-Module, Psycho-edukation, Skills, Struktur

Worauf Psychotherapie wirkt: Alltagsfunktion, Emotionsregulation, Selbstwert und komorbide Ängste/Anpassung/Depressivität. Auf Kernsymptomatik wirkt die Medikation stärker

Zugang für Patienten: psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung ohne Antrag. Gruppenangebote ggf. schneller verfügbar, DiGA sofort verfügbar/Überbrückung

Privatklinik Falkenried

S3-Leitlinie ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; Lopez PL et al. Cochrane Database Syst Rev 2018;3:CD010840; Philipsen A et al. JAMA Psychiatry 2015;72:1199–1210 (COMPAS); Ostinelli EG et al. Lancet Psychiatry 2025; DiGA-Verzeichnis BfArM 2026

Häufige Fragen Betroffener (und von Kollegen)

„Machen Stimulanzien abhängig?“

Risiko
In leitliniengerechter Dosierung und mit retardierten Präparaten gering

Entscheidend
Langsame Anflutung und orale Gabe – die Darreichungsform, nicht der Wirkstoff

Bei Suchtanamnese
Vorrang hat die Suchtbehandlung; danach bevorzugt Nichtstimulanzien oder Prodrug

Missbrauch und Weitergabe

Suchtrisiko
Unbehandelte ADHS erhöht das Risiko deutlich; wirksame Behandlung senkt es eher

Weitergabe
Kommt eher häufiger vor: offen ansprechen, Mengen und Intervalle anpassen

Alkohol und Cannabis
Mindern die Wirkung – als Erklärung ansprechen, nicht als Verbot

Fahreignung und Engpässe

Fahreignung
Unbehandeltes ADHS erhöht das Unfallrisiko, die Behandlung senkt es; in der Eindosierung aufklären und dokumentieren

Lieferengpässe
Atomoxetin seit 2024 wiederkehrend Engpässe

Präparatewechsel
Nicht unbegleitet – Freisetzungsprofile unterscheiden sich spürbar

Chang Z et al. JAMA Psychiatry 2017;74:597–603; Chang Z et al. J Child Psychol Psychiatry 2014;55:878–885; S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026

Was sich gerade ändert – neue Leitlinie ADHS

Wer heute zur ADHS im Erwachsenenalter zitiert, sollte den Stand der Leitlinie kenntlich machen

Neue Leitlinie

- Version 2.0 seit 2026 als Konsultationsfassung; Fertigstellung angekündigt
- Jede Empfehlung als bestätigt, modifiziert oder neu gekennzeichnet
- Größte Änderung in der Diagnostik: stärkere Orientierung an ICD-11 und DSM-5

Lebensspannenperspektive

- ADHS wird durchgängig als lebenslange neuroentwicklungsbedingte Störung beschrieben
- Mit ICD-11 entfällt die formale Zuordnung zu den Störungen des Kindesalters
- Funktionelle Beeinträchtigung und dimensionale Betrachtung rücken nach vorn

Was offen bleibt

- Geschlechtsspezifische Aspekte erstmals systematisch aufgenommen – Datenlage zu hormonellen Übergängen aber kaum vorhanden
- Über Sechzigjährige kaum beforscht: Wirksamkeit und Sicherheit unzureichend belegt – in der Praxis aber oft gute Ergebnisse
- Umgang mit stark gestiegener Nachfrage bei begrenzter Diagnostikkapazität

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026; ICD-11 (WHO), 6A05



Digitale Therapien bei ADHS im Erwachsenenalter

Foto vMiNDNET

DiGA für ADHS im Erwachsenenalter



https://mindnet-solutions.com/de

Es stehen zwei DiGA (ORIKO ADHS-Therapie und Attexis) zur Behandlung eines ADHS im Erwachsenenalter in Deutschland zur Verfügung



https://de.attexis.com/de-de

BfArM DiGA-Verzeichnis: https://diga.bfarm.de/de

Was beinhaltet die Therapie mit Attexis?

- Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für Erwachsene mit ADHS 18–65 Jahre, Hersteller: GAIA AG; Vermarktung durch MEDICE.
- Seit 06.08.2025 dauerhaft im DiGA-Verzeichnis gelistet Verordnungsdauer 90 Tage.
- Nutzbar als webbasierte Anwendung / App

(Fassbinder & Jacobs):https://gaia-group.com/de/news/die-digitale-adhs-therapie-attexis.html,, https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/02814/fachkreise,

Therapiekonzept von Attexis

Psychologisch-psychotherapeutisches Programm auf Basis kognitiver Verhaltenstherapie:

- Psychoedukation
- Strategien für Aufmerksamkeits- und Organisationsprobleme
- Training von Impulskontrolle und Emotionsregulation
- Module zu Selbstwert, Selbstbild und Achtsamkeit



Ziele: Reduktion der ADHS-Kernsymptome und Lebensqualität

Online-Selbsttherapie, kombinierbar mit Pharmako- und Präsenzpsychotherapie.

(Fassbinder & Jacobs):https://gaia-group.com/de/news/die-digitale-adhs-therapie-attexis.html,, https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/02814/fachkreise,

Struktur & Ablauf der Behandlung

- Therapie in sechs interaktiven, dialogbasierten Online-„Gesprächen“
- Empfohlener Zeitaufwand: etwa 30–60 Minuten pro Woche über rund 3 Monate
- Wöchentliche Reflexionen und Verlaufsdarstellungen zur Selbstbeobachtung und Motivation
- Übungen, Arbeitsblätter und Audio-Übungen zur Anwendung im Alltag.
- Optionaler Therapiebericht, der mit Behandler:innen geteilt werden kann, um Sitzungen gezielter zu gestalten.



(Fassbinder & Jacobs):https://gaia-group.com/de/news/die-digitale-adhs-therapie-attexis.html,, https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/02814/fachkreise,

Studienergebnisse zur Wirksamkeit von Attexis (RCT, n = 337)

- Randomisiert-kontrollierte Studie mit erwachsenen ADHS-Patient:innen: Attexis + Treatment as usual (TAU) vs. TAU allein.
- Primärer Endpunkt: signifikante Reduktion der ADHS-Kernsymptome zugunsten der Attexis Gruppe (ASRS).
- Sekundäre Endpunkte: signifikante Verbesserungen von Selbstwert, sozialem und beruflichem Funktionsniveau, depressiven Symptomen und gesundheitsbezogener Lebensqualität
- Wirksamkeit unabhängig von einer parallelen medikamentösen Behandlung

(Fassbinder & Jacobs):https://gaia-group.com/de/news/die-digitale-adhs-therapie-attexis.html,, https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/02814/fachkreise,

ORIKO für ADHS:

- ORIKO ist eine digitale Therapie-App und dient der Therapie für Patient:innen mit ADHS im Erwachsenenalter (ab 18 Jahre).
- Dazu vermittelt ORIKO Wissensinhalte und Übungen, die auf evidenzbasierten psychotherapeutischen Therapieverfahren beruhen:



Psychoedukation
(inkl. digitales ADHS-Coaching)



Psychotherapeutische Interventionen



Skills-Training

https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/02814/fachkreise; https://www.oriko-adhs.de; S3-Leitlinie ADHS; AWMF 028-045), Version 2.0, Konsultationsfassung 2026.

ORIKO ADHS-Therapie: Haupt und Zusatzfunktionen

ORIKO weist eine Haupt- und mehrere unterstützende Zusatzfunktionen auf. Diese unterstützen den gesamten Therapiepfad von der Erstdiagnose bis zur längerfristigen Behandlung.

Hauptfunktionen

Digitale Psychotherapie von ADHS im Erwachsenenalter bestehend aus:

- Psychotherapie
- Skills-Training
- Psychoedukation
- Medikations-Adhärenz-Tool
- Therapietagebuch

Zusatzfunktionen

Zusatzfunktionen für Patienten:

- Digitaler ADHS-Test*
- Suche ADHS-Spezialisten*
- Vorbereitung Konsultation*
- Datentransfer Arztplattform*

Zusatzfunktionen für Leistungserbringende

- Gemeinsame Diagnostik & Therapieplanung
- Gemeinsame Erfolgskontrolle



* Frei ohne Verschreibung nutzbar; www.oriko-adhs.de

Therapieverfahren der ORIKO ADHS-Therapie:

Die ORIKO ADHS-Therapie integriert anerkannte psychotherapeutische Methoden, darunter:

- Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT)
- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)
- Soziales Kompetenztraining (SKT)
- Psychoedukation (PE)

Gebrauchsanweisung_ORIKO_ADHS-Therapie (09/2025), https://mindnet-solutions.com/de

ORIKO: Therapiebestandteile (App + Therapiemanual)

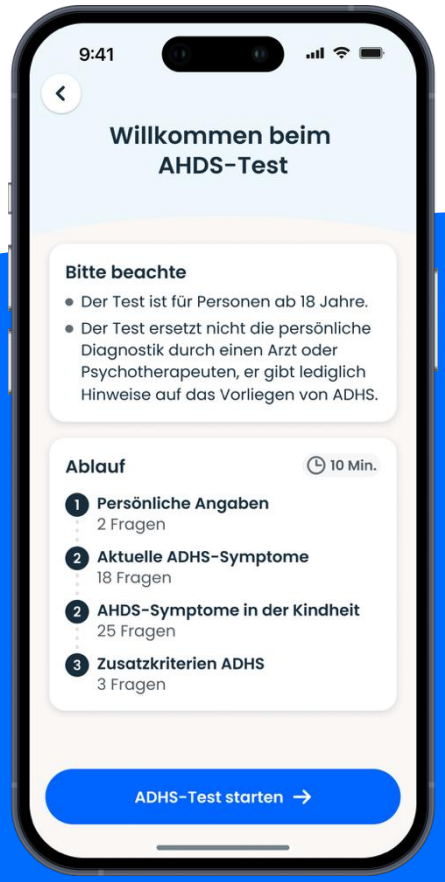


Patient:innen erhalten:

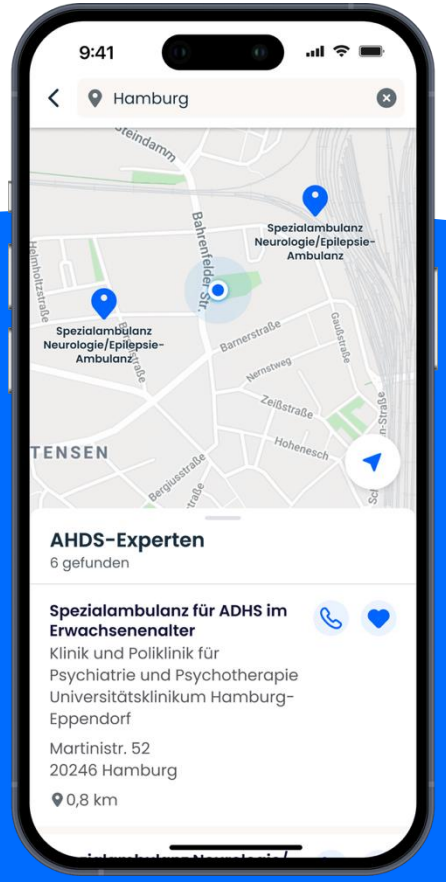
- Eine App, kompatibel mit iOS- und Android-Betriebssystemen
- Ein Therapiemanual mit Erläuterungen zur App sowie Arbeitsblättern zu therapeutischen Inhalten zur Integration in die „analoge“ Psychotherapie

Therapiemanual: ORIKO_Therapiemanual_ausfuellbar.pdf, Gebrauchsanweisung_ORIKO_ADHS-Therapie (09/2025)

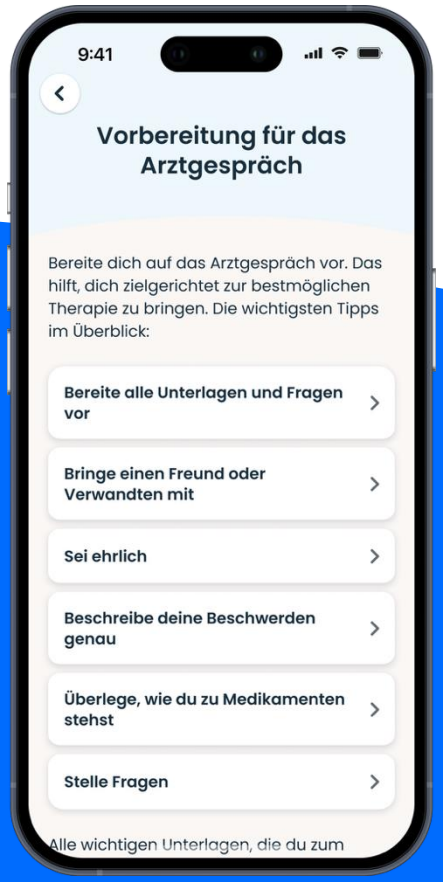
Zusatzfunktionen vor Verschreibung (frei zugänglich)



Digitaler ADHS-Test



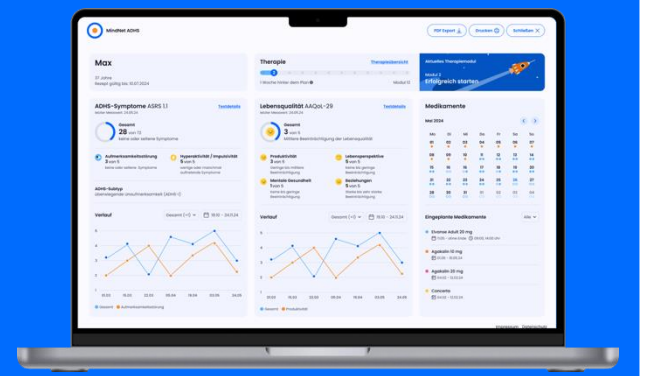
Suche ADHS-Experten



Vorbereitung Konsultation (Ersttermin)



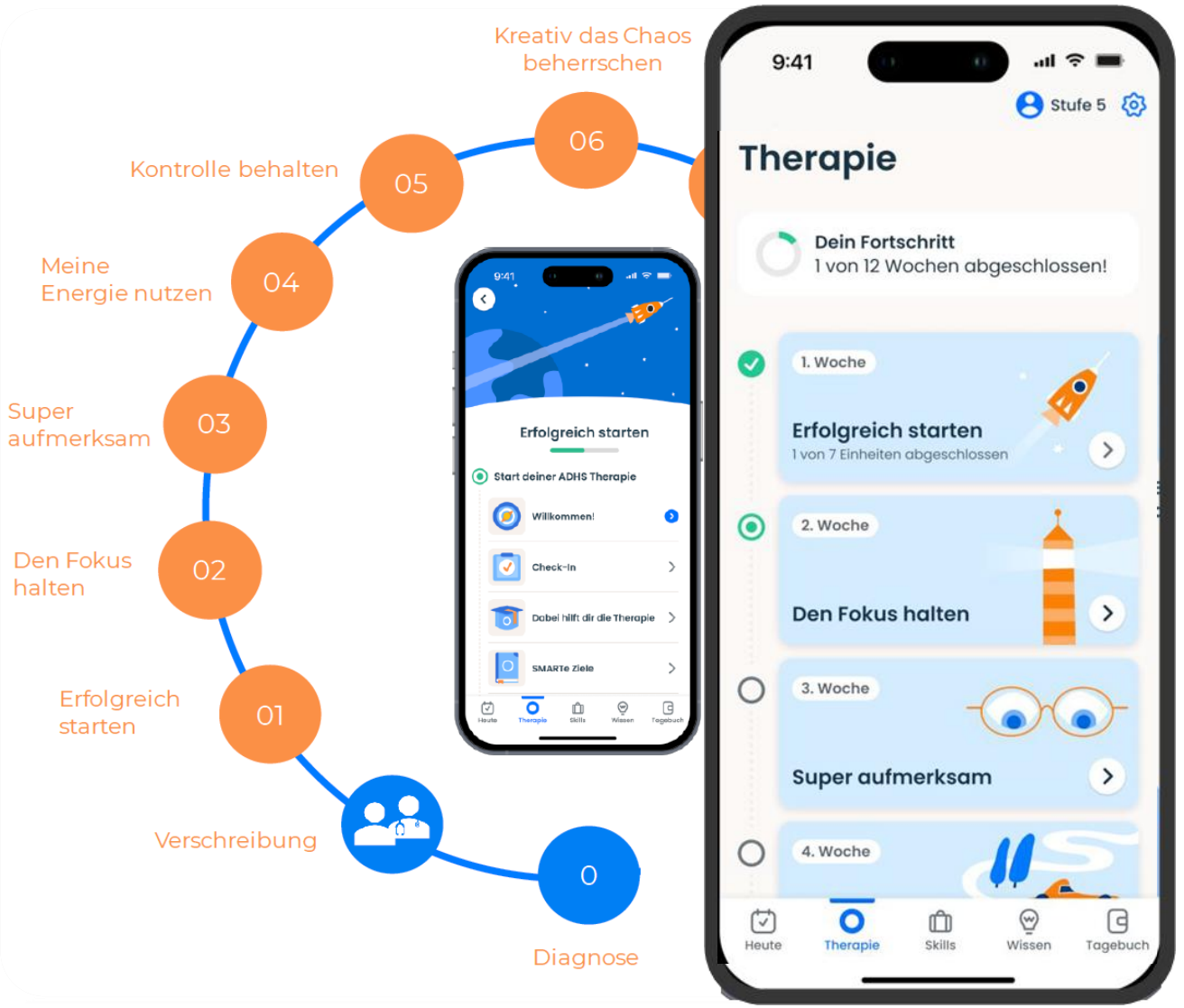
Datentransfer zur Arzt- und Therapeutenplattform



Module: Psychotherapie

Themen der Module

- Einführung
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Hyperfokus
- Hyperaktivität
- Impulsivität
- Desorganisation
- Zeitwahrnehmung und -Management
- Emotionale Dysregulation
- Prokrastination und Vermeidungsverhalten
- Beziehung, Kommunikation und Selbstwert
- Stressintoleranz und Schlafstörungen
- Gesund bleiben



Quelle: www.oriko-adhs.de

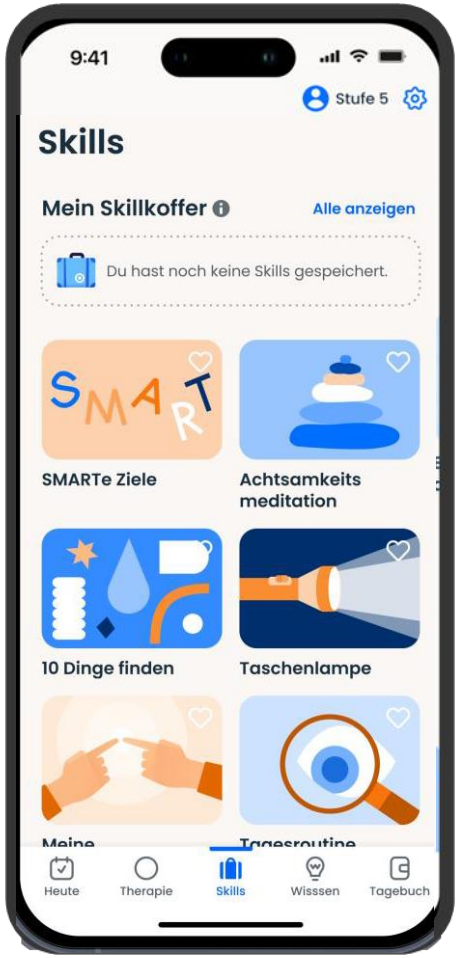
Module: Skills

Skills

- SMART
- Achtsamkeitsmeditation
- Fokus halten
- Taschenlampe
- 10. Dinge finden
- Kreativer Zeitvertreib
- Progressive Muskelentspannung
- Pomodoro Technik
- Eisenhower-Matrix
- Selbstfürsorgeplan
- Dein Krisenplan
- … und vieles mehr

Skillkoffer





Quelle: www.oriko-adhs.de

Module: Psychoedukation

Psychoedukation

- Hyperfokus so nutzt du deine
- ADHS-Superpower
- Herz, Power und Charme: Die erstaunlichen Facetten von ADHS
- Das sind die wirksamsten Therapien für ADHS
- Dein ADHS-Behandlungs-leitfaden in 7 Schritten
- Die wichtigsten Medikamente und wie sie wirken
- Dinge, die du an ADHS lieben solltest!

... und vieles mehr

ADHS-Coaches

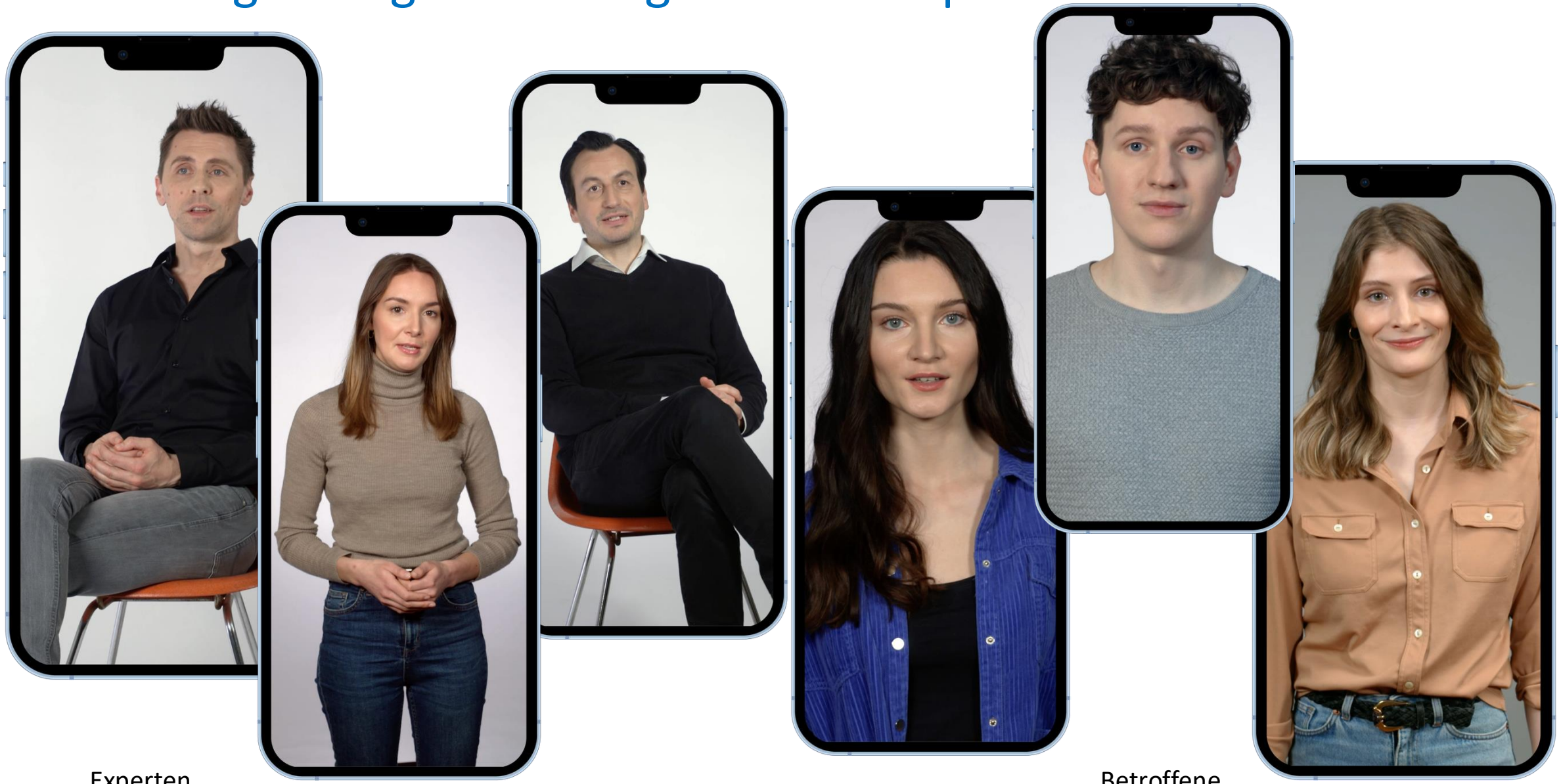
- Drei Schritte für eine bessere
- Organisation von Terminen und To-dos
- Medikamente managen – so geht's
- Die Macht der Gewohnheit: so entwickelst du eine Tagesroutine
- Die besten Strategien für erfüllte
- Beziehungen
- So stoppst du die Aufschieberitis
- ADHS und Glück: Strategien für ein erfülltes Leben

... und vieles mehr



Quelle: www.oriko-adhs.de

Videobegleitung bei der digitalen Therapie



Experten

Betroffene

Privatklinik Falkenried

Ergebnisse Studie zur Wirksamkeit einer digitalen ADHS Therapie für Erwachsene

Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT), 12 Wochen, Mixed Model for Repeated Measures (MMRM; ITT)

N=278 Erwachsene mit ADHS, Intervention versus Wartelistekontrollgruppe, T0 = baseline, T2 = 12 Wochen

Scales	**KG (n = 152)**	**IG (n = 155)**	**Total (n = 307)**	***p***
Lebensqualität (AAQoL)	47,07 (9,99)	49,51 (9,87)	45,02 (8,70)	**<0,001**
ADHS Symptome (ASRS)	13,15 (3,27)	12,46 (3,72)	14,68 (2,39)	**<0,001**
Krankheitsschwere (CGI)	5,28 (0,94)	5,15 (0,88)	5,40 (0,88)	**<0,001**
Stress (PSS)	7,71 (1,64)	7,27 (3,11)	6,85 (2,63)	**0,950**
Depression (PHQ-9)	13,13 (4,96)	11,92 (4,85)	13,14 (4,63)	**<0,001**
Ängste (GAD-7)	10,94 (4,39)	9,97 (4,31)	11,20 (4,29)	**<0,001**
Med.Adhärenz (MARS-D)	23,82 (5,79)	24,68 (5,63)	24,39 (5,61)	**0,055**
Gesundheitskompetenz (PHCS)	19,72 (3,86) n = 93	21,43 (2,95) n = 98	20,69 (3,13)	0,144

Baumeister et al., Dtsch Ärztebl Int. 2026 Jul 10;123(14):390-396.



Zusammenfassung

Henning Westerkamp auf Pixabay

Zusammenfassung: ADHS im Erwachsenenalter

1. Bei therapieresistenter Depression, chronischer Schlafstörung und Substanzgebrauch nach der Schulzeit fragen
2. Eine ADHS beginnt nicht im Erwachsenenalter – ohne Kindheitssymptomatik ist es sehr wahrscheinlich etwas anderes
3. Fragebögen Selbstbewertung Grundlage für Diagnostik, aber Diagnosestelleung nach diagnostischem Interview und klinischer Einschätzung
4. Somatische Abklärung, Komorbidität und Differentialdiagnostik notwendig
5. Ersteinstellung Stimulanzien bei Facharzt – Folgeverordnung unter Facharztaufsicht kann in der Hausarztpraxis liegen
6. Multimodaler Therapieansatz zur Bewältigung der Alltagsprobleme inclusive Psychoedukation und Psychotherapie (Face-to-Face/Digital)



Herzlichen Dank!

Luisella Planeta auf Pixabay