

# JATROS

## Neurologie & Psychiatrie

Unter der Patronanz der Österreichischen  
Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie  
und Biologische Psychiatrie (ÖGPB)



Juni 2026

Reprint



KONSENSUS-STATEMENT 2026

### Kurzversion

ADHS im Erwachsenenalter:  
medikamentöse Therapie

**Impressum:** Herausgeber: Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB). Verleger: Universimed Cross Media Content GmbH, Markgraf-Rüdiger-Straße 6–8, 1150 Wien. office@universimed.com. Geschäftsführung: Dr. med. Bartosz Chłap, MBA. Tel.: +431876 79 56. Fax: DW 20. Chefredaktion: Christian Fexa. E-Mail: christian.fexa@universimed.com. Projektleitung: Thomas Emmenhuber, BA. Grafik: Werner Ressi. Lektorat: DI Gerlinde Hinterhölzl, Dr. Patrizia Maurer, Mag. Sabine Wawerda. Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, 2540 Bad Vöslau. Gerichtsstand: Wien. Offenlegung: Universimed Cross Media Content GmbH (100%ige Tochter der Universimed Holding GmbH). Eigentümer und Medieninhaber: Universimed Holding GmbH. Copyright: Alle Rechte, insbesondere auch hinsichtlich sämtlicher Artikel, Grafiken und Fotos, liegen bei Universimed. Nachdruck oder Vervielfältigung, Verbreitung, Zurverfügungstellung, Vortrag, Vorführung, Aufführung, Sendung, Vermietung, Verleih oder Bearbeitung – auch auszugsweise – nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung durch den Verleger. Für den Inhalt verantwortlich: Die Herausgeber und die Mitglieder des Editorial Boards. Die unterstützende Firma hatte keinen Einfluss auf den Inhalt dieses Konsensus-Statements. Um die Lesbarkeit der Informationen zu erleichtern, wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils männliche und weibliche Personen gemeint. Zitierung der Arbeit wie folgt: Vanicek T, Kasper S: Kurzversion – Konsensusstatement ÖGPB 2026: ADHS im Erwachsenenalter: medikamentöse Therapie. Sonderheft JATROS Neurologie & Psychiatrie, Juni 2026.

Knowledge  
that matters.



© MedUni Wien, Felicitas Matern

em. O. Univ.-Prof.  
Dr. h. c. mult. DDR.

**Siegfried Kasper**

Emeritierter Vorstand der  
Universitätsklinik für  
Psychiatrie und  
Psychotherapie,  
MedUni Wien

## Vorwort der Herausgeber

Das im November 2025 veröffentlichte Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB) zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter beleuchtet umfassend die relevanten Aspekte des Störungsbildes. Die vorliegende Kurzversion dient als praktischer und übersichtlicher Guide für den klinischen Alltag, der einen prägnanten Überblick über ADHS vermittelt.

In diesem Sinne zeichnen für die Herausgeber des Konsensus-Statements

em. O. Univ.-Prof. Dr. h. c. mult. DDR.  
**Dr. med. Siegfried Kasper**

Prim. Priv.-Doz. DDR.  
**Thomas Vanicek**



© feel image - Fotografie

Prim. Priv.-Doz. DDR.

**Thomas Vanicek**

Abteilung für Psychiatrie  
und Psychotherapeutische  
Medizin,  
Klinik Floridsdorf, Wien

### KURZVERSION KONSENSUS-STATEMENT ÖGPB 2026

# ADHS im Erwachsenenalter: medikamentöse Therapie

## 1 Einleitung

ADHS zählt wie Autismus-Spektrum-Störungen, das Tourette-Syndrom und Zwangsstörungen zu den neuronalen Entwicklungsstörungen und stellt eine klinisch bedeutsame Diagnose dar. Sie manifestiert sich üblicherweise im Kindesalter und gilt mit Prävalenzraten von ca. 5 % bei Kindern und 2,5 % bei Erwachsenen als Hochprävalenzerkrankung. Zwillings- und Familienstudien belegen eine Heritabilität von bis zu 80 %, wobei auch Umweltfaktoren die Entstehung und den Verlauf beeinflussen. Die Symptomatik persistiert oft bis ins Erwachsenenalter. Die resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen betreffen zentrale Lebensbereiche wie Ausbildung, Beruf, soziale Beziehungen und die Alltagsbewältigung. Für Betroffene geht dies häufig mit einem hohen Leidensdruck, einer verringerten Lebensqualität und einer statistisch verkürzten Lebensdauer einher. Zudem resultieren daraus erhebliche sozioökonomische Folgen für Patient:innen, Angehörige und die Gesellschaft.

Die Kernsymptomatik von ADHS besteht aus dem Aufmerksamkeitsdefizit – inklusive Schwierigkeiten bei der Selbstorganisation –, der Hyperaktivität und der Impulsivität (Auflistung der diagnostischen Kriterien gemäß ICD-10: Diagnose-Checkliste, DCL-ADHS, Abb. 1, linke und mittlere Spalte). Zusätzlich treten häufig begleitende klinisch belastende Symptome auf wie emotionale Dysregulation, „Mindwandering“ (deutsch: Gedankenwandern) und Hyperfokus.

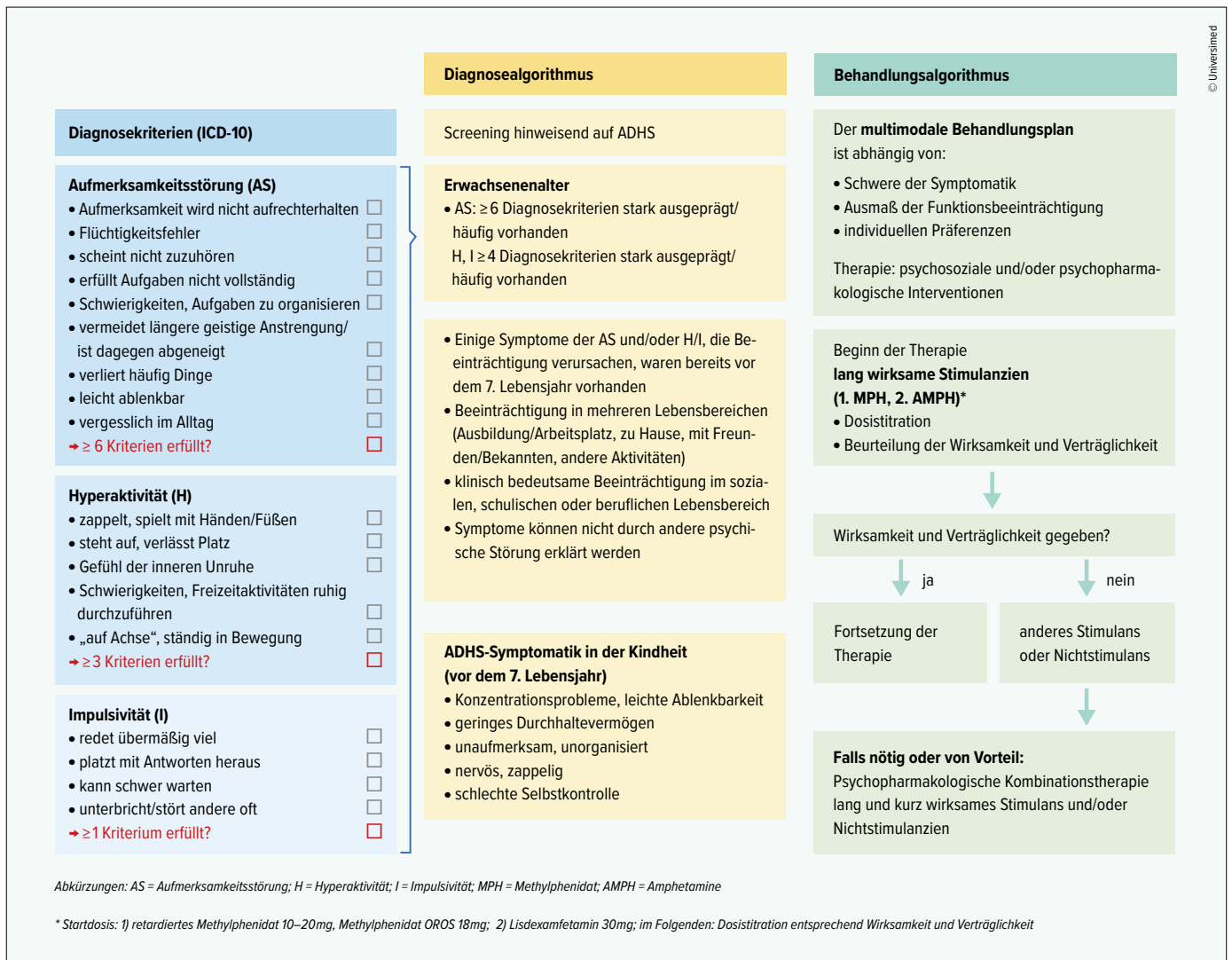
## 2 Komorbiditäten

Von ADHS Betroffene haben ein deutlich erhöhtes Risiko für psychiatrische und somatische Begleiterkrankungen. Tatsächlich weisen >70 % der Patient:innen mit ADHS über die Lebensspanne zumindest eine komorbide psychiatrische Erkrankung auf. Zu den häufigsten psychischen Komorbiditäten zählen die unipolare und die bipolare Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen. Unter den somatischen Erkran-

kungen sind insbesondere höhere Raten an Hyperlipidämie, Adipositas, kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes zu nennen sowie den daraus resultierenden Folgeerkrankungen. Daher ist es essenziell, Patient:innen konsequent auf Komorbiditäten zu untersuchen und diese frühzeitig in das Behandlungskonzept zu integrieren.

## 3 Therapie

Die Therapie der ADHS im Erwachsenenalter sollte einem multimodal und multidisziplinär angelegten Behandlungsprogramm folgen, welches Psychoedukation, Psychotherapie und Pharmakotherapie beinhaltet. Bei entsprechend ausgeprägten Beschwerden und funktionellen Beeinträchtigungen wird eine Medikation gegen ADHS nach Psychoedukation zu Krankheitskonzept und Therapiemöglichkeiten empfohlen. Auch bei subsyndromaler Symptomschwere kann entsprechend einem patient:innenorientierten Vorgehen eine Behandlung indiziert sein.



**Abb. 1:** Diagnose- und Behandlungsalgorithmus bei ADHS (Diagnosealgorithmus adaptiert nach: revidierte Version „Integrierte Diagnose der ADHS im Erwachsenenalter“ – IDA-R)

Die First-Line-Therapie bei ADHS besteht aus retardierten Stimulanzen, wobei lang wirksame Präparate aufgrund der besseren Adhärenz und Anwenderfreundlichkeit bevorzugt werden. Begleitend ist eine umfassende Aufklärung der Patient:innen und Angehörigen über Wirkmechanismen und Nebenwirkungen essenziell. Gegenwärtig gilt Methylphenidat, gefolgt von Lisdexamfetamin, als Mittel der ersten Wahl in Österreich. Die Verschreibung lang wirkender Medikamente ist auch bei Minderjährigen vorteilhaft, da sie Stigmatisierung im Schul- oder Berufskontext reduziert und eine diskrete Einnahme ermöglicht.

Der Behandlungsbeginn erfolgt einschleichend mit einer niedrigen Initialdosis (z. B. 10 mg Methylphenidat oder 30 mg Lisdexamfetamin), die unter regelmäßiger

Kontrolle von Wirksamkeit und Verträglichkeit langsam titriert wird (Abb. 1, Behandlungsalgorithmus, rechte Spalte). Üblicherweise finden Patient:innen mit mittleren bis höheren Tagesdosen ihr Auslangen (z. B. 40–80 mg Methylphenidat oder 70 mg Lisdexamfetamin). Nur gelegentlich sind Behandlungen über der Tageshöchst-dosis notwendig, wobei hierzu mit Hinblick auf dosisabhängige Nebenwirkungen stets eine Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen sollte. Als therapeutische Alternativen stehen Nichtstimulanzen wie Atomoxetin oder Guanfacin (Anm.: on-label nur bei Kindern) zur Verfügung. Zudem sind Kombinationstherapien möglich, etwa die Ergänzung lang wirksamer Präparate durch kurz wirksame Stimulanzen oder die Kombination mit Nichtstimulanzen (Abb. 2, Übersicht über ADHS-Medi-

kamente). Die Indikation zur Weiterbehandlung sollte zur Qualitätssicherung regelmäßig (anfänglich halbjährlich, und im Verlauf jährlich) überprüft werden.

#### 4 Nebenwirkungen

Medikamente gegen ADHS, und im Speziellen Stimulanzen, gelten insgesamt als moderat bis gut verträglich, wobei Nebenwirkungen üblicherweise dosisabhängig auftreten und kein substantielles Sicherheitsrisiko darstellen. Zu den häufigsten Nebenwirkungen einer medikamentösen ADHS-Therapie zählen Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen. Im kardiovaskulären Bereich können zudem arterielle Hypertonie sowie eine Tachykardie auftreten, was ein regelmäßiges Monitoring von Blutdruck und Puls

Substanzgruppe	Methylphenidat (veränderte Wirkstofffreisetzung)			Lisdexamfetamin	Atomoxetin
<b>Handelsname</b>	Ritalin LA®, Methylphenidat Stada®	Medikinet retard®	Concerta®	Elvanse®	Atomoxetin Stada®, Atofab®, Stratterra®
<b>Darreichungsform</b>	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)
<b>Wirkdauer</b>	3–8 h	3–8 h	8–12 h	10–12 h	18–24 h
<b>Dosierung</b>	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 1mg/kg KG, die empfohlene Erhaltungsdosis beträgt 80–100 mg (Maximaldosis)
<b>Nebenwirkungen</b>	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, sexuelle Dysfunktion, affektive (depressive und manische) und psychotische Symptome (sehr selten), Aggression und Impulsivität (sehr selten)
<b>(Relative) Kontraindikationen und Warnhinweise</b>	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), Engwinkelglaukom

*Abkürzungen: TD: Tagesdosis; GI: gastrointestinal; KI: Kontraindikation*

**Tab. 1:** Kurzübersicht über ADHS-Medikamente (mod. nach Faraone SV et al.: Nat Rev Dis Primers 2024; 10[1]: 11). Die Substanzgruppen wurden in der Abbildung zwecks Übersichtlichkeit und Zuordenbarkeit farblich geordnet.

erforderlich macht. Während bei Wirkstoffen wie Atomoxetin und Guanfacin XR mitunter über sexuelle Dysfunktionen berichtet wird, können in selteneren Fällen auch psychische Symptome wie Depressivität, Manie oder psychotische Episoden unter der Behandlung auftreten. Obwohl die Studienlage für Methylphenidat ein minimales und für Amphetamine

ein dosisabhängig gering erhöhtes Risiko für psychotische Episoden zeigt, kann der Einsatz von Stimulanzien und Nichtstimulanzien bei psychotischen Vorerkrankungen nur nach strenger individueller Nutzen-Risiko-Abwägung erwogen werden. Voraussetzung hierfür sind eine initiale Psychoedukation, eine suffiziente Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung sowie

engmaschige psychiatrische Verlaufskontrolle. ■

**Literatur:**

Zur vollständigen Literatur siehe die Vollversion des Konsensus-Statemens ADHS 2025: Vanicek T, Höflich A, Unterholzner J, Rujescu D, Kasper S: ADHS im Erwachsenenalter. Diagnostik, Komorbiditäten und medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement. Sonderheft JATROS Neurologie & Psychiatrie, November 2025

Mit freundlicher Unterstützung von

