



ADHS bei Erwachsenen Therapie

ADHS - Online Weiterbildungsserie Teil 1

PD Dr. med. Ana Buadze
Leitende Ärztin Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie,
Spezialambulatorium für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen
(ADHS)

01.07.25

1

1



Inhalt

- Eckdaten Epidemiologie
- Behandlungsnotwendigkeit/Komorbiditäten
- Indikation und Ziele einer Behandlung
- Pharmakotherapie Erwachsene
- Vorsichtsmassnahmen
- Selbstmedikation
- Therapie im Alter
- Therapie geschlechtsspezifische Besonderheiten
- Therapie und Strassenverkehr
- Take home



01.07.25

2

2

Epidemiologie/Prävalenz/Genetik

- Prävalenz ca. 5 % ^(1,2)
- Keine geografischen oder ethnischen Unterschiede in der Prävalenz zwischen den Ländern⁽³⁾
- Multifaktorielle Ätiologie, Vererbbarkeit 50-80 % ^(4,5,6)
- Familiäre Häufung: Geschwister / Eltern ADHS-Kinder: 10 - 35 % (bis zu 8-faches Risiko)⁽⁷⁾
- Polymorphismus in Dopamin-Transporter- und Dopamin-Rezeptor-Genen⁽⁸⁾
- Fortbestehen bis ins Erwachsenenalter in bis zu 70 % der Fälle - "lebenslanger Zustand"⁽⁹⁾
- Mädchen : Jungen 1:2 ⁽¹⁰⁾
- Frauen : Männer 1:1 ⁽¹⁰⁾



1. Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948. 2. Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2), 434-442. 3. Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World psychiatry*, 2(2), 104-110. 4. Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. (2000). Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits: A preliminary investigation. *Developmental neuropsychology*, 17(3), 273-287. 5. Willerman, L. (1973). Social aspects of minimal brain dysfunction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 205(1), 164-172. 6. Martin, N., Scourfield, J., & McGuffin, P. (2002). Observer effects and heritability of childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 260-265. 7. Comings, D. E. (2001). Clinical and molecular genetics of ADHD and Tourette syndrome: two related polygenic disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 50-83. 8. Khan, S. A., & Faraone, S. V. (2006). The genetics of ADHD: a literature review of 2005. *Current Psychiatry Reports*, 8(5), 393-397. 9. Khan, S. A., & Faraone, S. V. (2006). The genetics of ADHD: a literature review of 2005. *Current Psychiatry Reports*, 8(5), 393-397. 10. Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1157-1165

01.07.25

3

3



Social media „Segen oder Fluch“? "#adhd"



Original Research

TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality

TikTok et le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité : une étude transversale de la qualité du contenu des médias sociaux

Anthony Young, MD, FRCP^{1,2}, Enoch Ng, MD, PhD³, and Elia Abi-Jaoudé, MD, PhD, FRCP^{1,4}

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
ISSN: 0008-4026
© The Author(s) 2022
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journalsPermissions
DOI: 10.1177/0828122422110804
TheCJPS / LRCPS
SAGE

- TikTok über 1 Milliarde monatliche Nutzer
- Wachsende Rolle bei der Verbreitung von Gesundheitsinformationen
- ADHS (#adhd) ist eines der meistdiskutierten Gesundheitsthemen auf TikTok

Ziele der Studie:

- Untersuchung von Qualität der Inhalte von populärsten TikTok-Videos zu ADHS
- Bewertung nach wissenschaftlicher Richtigkeit, Verständlichkeit und Umsetzbarkeit

Ergebnisse aus 100 analysierten Videos:

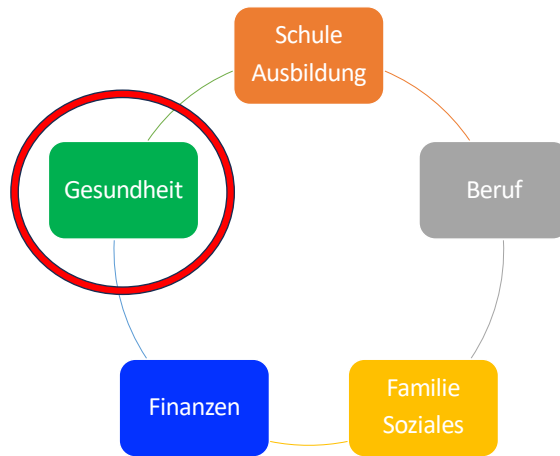
- 52 % irreführend (z. B. falsche Behauptungen über Symptome und Behandlung)
- 27 % persönliche Erfahrungen
- 21 % nützlich
- Videos von Gesundheitsexperten hatten bessere Qualität, machten aber nur 11 % der Inhalte aus

01.07.25

4

4

Warum eine rechtzeitige ADHS-Behandlung relevant ist



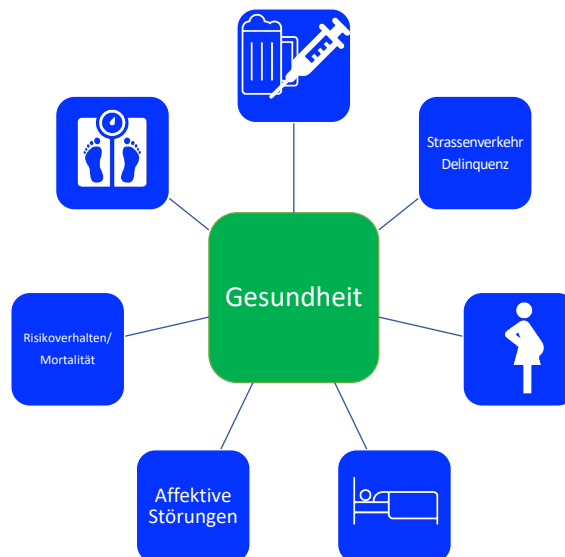
1. Rucklidge JJ. Gender differences in attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2010 Jun;33(2):357–73
2. E A-366 AS, Toronto S 221. ADHD In Girls – Centre for ADHD Awareness Canada [Internet]. [cited 2021 Feb 21]. 3. Meinzer MC, LeMoine KA, Howard AL, Stehli A, Arnold LE, Hechtman L, et al. Childhood ADHD and Involvement in Early Pregnancy: Mechanisms of Risk. *J Atten Disord* [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Feb 22];24(14):1955–65.
3. Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3), 27250

01.07.25

5

5

Auswirkungen auf die Gesundheit



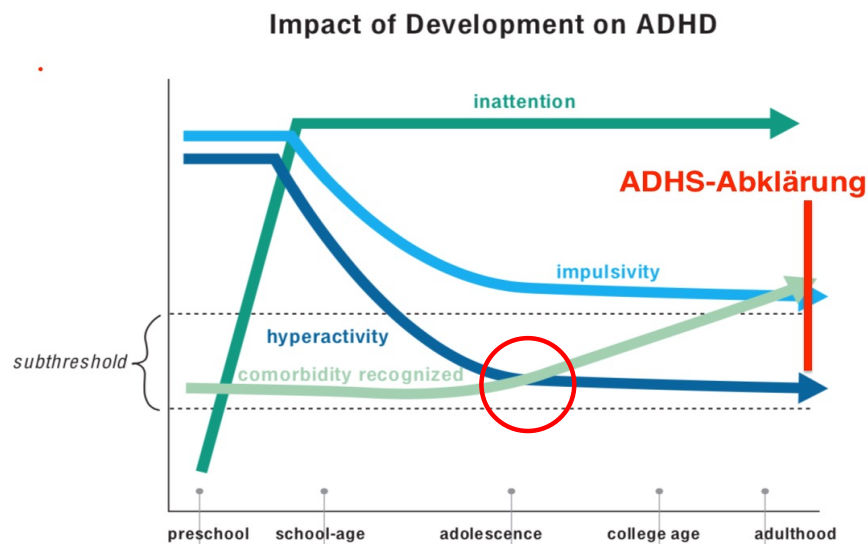
1. Barkley, R. A., et al (2006). *Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities*; 2. Chen, Q et al (2019); 3. Dalsgaard, S.(2015); 4. Rösler et al (2004)

01.07.25

6

6

Komorbiditäten - Lebensspanne⁽¹⁾



01.07.25

Adaptiert nach :1. Stahl's essential psychopharmacology : neuroscientific basis and practical application / Stephen M. Stahl ; with illustrations by Nancy Muntner. – 4th ed. 2013

7

7

Komorbiditäten / Risiken Psyche und Soma

- Herzerkrankungen 2.4 x höher
- BMI um 11.4% höher
- Cholesterin – um 16% höher, tiefere HDL- Cholesterinwerte
- Gebrauch von nicht ärztlich verschriebenen Medikamenten 2.2 x höher
- Medizinische- u. Zahnmedizinische Probleme um 32% höher
- Schlafprobleme - 2.5 x häufiger
- Atopischer Formenkreis: Asthmatiker haben 45% > Wahrscheinlichkeit, an ADHS zu leiden
- ADHS selbst als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen
- Signifikant erhöhte Sterblichkeit, 2.5 x höher als in der Allgemeinpopulation, häufigste Todesursache: unnatürlich, meist Unfälle

Lin Li1,2 et al. World Psychiatry 2022; R.A. Barkley, ADHD in Adults, 2010; Cortese, S. et al. . 2018; Liu, X. et al. 2019; Dalsgaard et al. 2015

01.07.25

8

8

Acta Psychiatrica Scandinavica

Acta Psychiatr Scand 2018; 127: 176–186
All rights reserved
DOI: 10.1111/acps.12845

© 2017 The Authors. Acta Psychiatrica Scandinavica Published by John Wiley & Sons Ltd
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder

Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsoyr K, B. S. Solberg^{1,2,3}, A. Halmøy^{1,2,4}, A. Engeland², J. Igland⁵, J. Haavik^{1,2,4}, K. Klungsoyr^{2,3,5}

Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder.

- Bei Erwachsenen mit ADHS war die Prävalenz zusätzlicher psychiatrischer Störungen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung
- Frauen mit ADHS hatten die höchste Prävalenz aller Störungen mit Ausnahme von Schizophrenie und Substanzkonsumstörungen (SUD)

Psychiatric comorbidities	Men ADHD (%)	Men Non-ADHD (%)	Women ADHD (%)	Women Non-ADHD (%)
Schizophrenia	4.5	1.5	3.0	1.0
Bipolar disorder	9.0	1.5	13.5	2.0
Personality disorder	9.0	1.5	14.0	2.0
SUD	26.5	4.0	16.0	2.5
Anxiety	15.0	4.0	28.5	7.0
Depression	17.0	4.5	31.5	8.0

Fig. 1. Adjusted* prevalences of psychiatric disorders in men and women with and without ADHD. *Prevalences was adjusted for birth year, 5-year groups, from 1967 to 1997, with 1967–1973 as the reference. SUD, Substance use disorder.

01.07.25 9

9

Therapie

PD Dr. med. Ana Buadze
Leitende Ärztin Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie,
Spezialambulatorium für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

01.07.25 10

10

S3 Leitlinie 2018....



publiziert bei:  **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

**Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten
(S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung
(ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“**

AWMF-Registernummer 028-045

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Federführend beteiligte Fachgesellschaften



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde



Deutsche Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.

11

11

Therapie: Indikation und Vorgehen



Nicht jede ADHS muss therapiert werden (NICE u. DGPPN 2018)

- Massgeblich für die Therapie ist der jeweilige Leidensdruck



Voraussetzung:

- Gründliche Diagnostik
- Psychoedukation

01.07.25

12

12



Was führt zum Leidensdruck?

01.07.25

13

13

Was führt zum Leidensdruck? Funktionseinschränkungen in mehreren Lebensbereichen

- Partnerschaft/Freundschaften (Temperament, Impulsivität/Probleme diese zu pflegen)
- Neu erworbene Freiheit (z.B. Tagesstruktur)
- Rechte
- Pflichten (Steuern, Recht, etc.)
- Teilnahme am Strassenverkehr
- Vertragsfähigkeit („volle Handlungsfähigkeit“, „eine Nacht drüber schlafen“)
- Soziale Kontakte und Interaktionen
- Arbeitsstelle...

ZIEL der Behandlung:

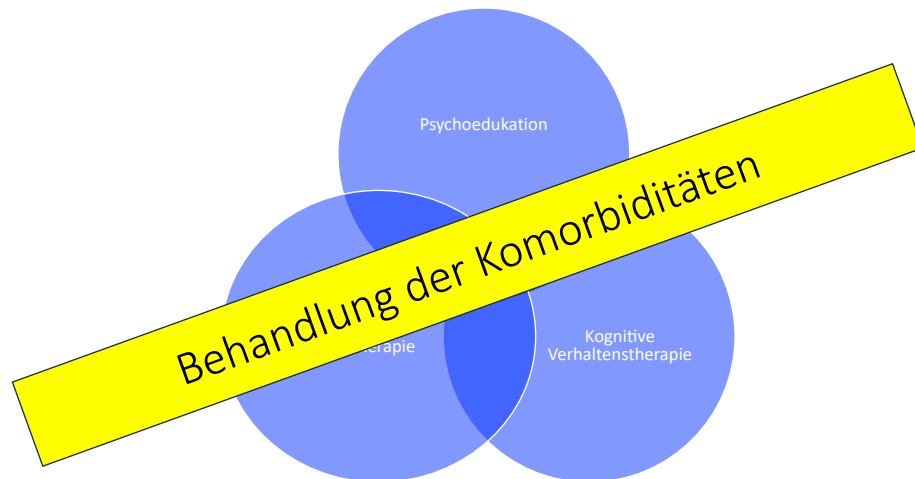
- Verbesserung des Funktionsniveaus und Minderung des Leidensdrucks
- Verlaufsbeurteilung z.B.: WRI

01.07.25

14

14

Therapie: Der multimodale Ansatz⁽¹⁾



1. DGKJP, DGPPN, DGSPJ (2017) 53 Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Banaschewski T, et al. AWMF registry number: 028 – 045. Available at: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html>, last accessed: 19 October 2022

01.07.25

15

15

Psychotherapeutische Ansätze:

- **Psychoedukation:**
- Verständnis der Wechselwirkungen zwischen ADHS und Sucht für Patienten und Familien
- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):**
- Verbesserung der Impulskontrolle, Selbstregulation und Struktur im Alltag
- Komorbiditäten mitbehandeln, z.B. Störungen durch Substanzgebrauch (SUD)
- Bewältigung der Auswirkungen von ADHS auf das Suchtverhalten
- **Motivational Interviewing (MI):**
- Steigerung der Motivation für Abstinenz und Therapieadhärenz

01.07.25

16

16

Therapie: Der multimodale Ansatz⁽¹⁾

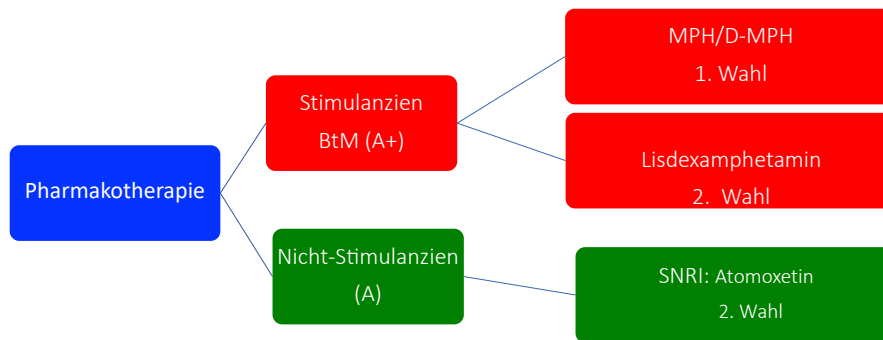
Pharmakotherapie als primäre
Therapieoption auch bei
leichter bis moderater
Ausprägung (DGPPN S3 Leitlinie
2018)

1.1.7. Welche Bedeutung haben Labor- und apparative medizinische Untersuchungen?

Eine routinemäßige Überprüfung von Laborparametern im Rahmen der ADHS-Diagnostik ist nicht erforderlich.

Labor- und apparative Untersuchungen sollen im Vorfeld einer geplanten Pharmakotherapie oder wenn sie für die Abklärung möglicher zugrundeliegender somatischer Erkrankungen oder für differenzialdiagnostische Abklärungen von Bedeutung sind, durchgeführt werden.

Therapie: Der multimodale Ansatz⁽¹⁾



1. DGKJP, DGPPN, DGSPJ (2017) 53 Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Banaschewski T, et al. AWMF registry number: 028 – 045. Available at: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html>, last accessed: 19 October 2022

01.07.25

19

19

Wirkung	Nebenwirkungen
Hypermotorik ↓	Appetitminderung/Übelkeit
Impulsivität/Risikofreudigkeit ↓	Trockene Haut/Schleimhäute
aggressives Verhalten ↓	Puls- und Blutdruckerhöhung
Ablenkbarkeit ↓	Kopf- und Bauchschmerzen evtl. Diarrhoe, Schläfrigkeit
Aufmerksamkeit ↑	Schwindel/Akkommodationsstörungen
Konzentration ↑	Schlafstörungen bei später Gabe
Affektlabilität ↓	Tics
	Exanthem, Haarausfall
	Blutbildveränderungen, Leberfunktionsstörungen

01.07.25

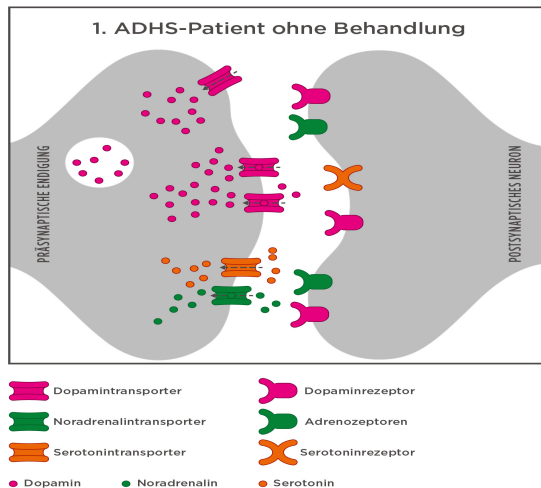
A. Buadze ²⁰

20



Molekulare Grundlagen der ADHS

Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich



- Dysfunktionen dopaminerger und noradrenerger Signalwege in frontostriatalen Netzwerken
- Genetische Faktoren, insbesondere Polymorphismen in dopaminbezogenen Genen
- Polymorphismen wie das 40-bp-VNTR im 3'-UTR von SLC6A3 sind mit veränderter DAT-Expression assoziiert und beeinflussen die dopaminerge Signalübertragung bei ADHS

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24, 562–575. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0458-8>
 Akutagawa-Martins, G. C., Salatino-Oliveira, A., Kieling, C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2013). The dopamine transporter role in psychiatric phenotypes. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 162B(2), 171–181. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32301>
 Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., ... & Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 51, 63–75. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0567-9>

01.07.25

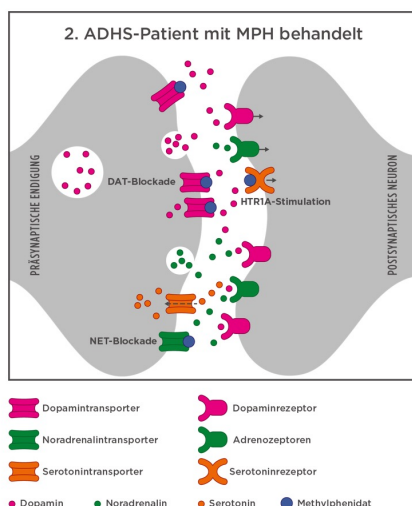
21

21



Effekte der Stimulanzen an den Synapsen

Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich



Sowohl Methylphenidat als auch Lisdexamfetamin bewirken eine **Inhibition der Dopamin- und Noradrenalintransporter (DAT und NET)**

1. Quinteiro J et al. Molecular Characterisation of the Mechanism of Action of Stimulant Drugs Lisdexamfetamine and Methylphenidate on ADHD Neurobiology: A Review. *Neurology and Therapy* 2022, 11(4), 1489-1517. <https://doi.org/10.1007/s40201-022-00070-0>

01.07.25

22

22

Methylphenidat (MPH)

- Wirkweise: Hemmung des Dopamin (DAT) - und Noradrenalintransporters (NAT)
- Resorption: Nach p.o. Einnahme fast vollständig
- Leber: MPH => Ritalinsäure
- Carboxylesterase 1A1 (CES1)
- CYP => kaum Wechselwirkungen
- Wirkeintritt: ca. 20 Min.
- Wirkdauer: unretardiert ca. 4 h
- Elimination: renal

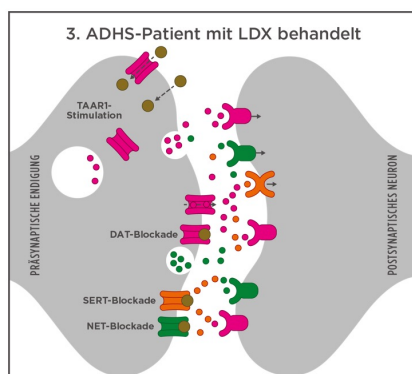
01.07.25

23

23



Effekte der Stimulanzien an den Synapsen



Im Unterschied zu Methylphenidat weist Lisdexamfetamin einen dualen Wirkmechanismus aus und bewirkt auch eine **Erhöhung der vesikulären Dopamin- und Noradrenalinfreisetzung in die Synapse.**

1. Quinteiro J et al (2022) Characterisation of the Mechanism of Action of Stimulant Drugs Lisdexamfetamine and Methylphenidate on ADHD Neurobiology: A Review. Neurology and Therapy 2022, 11(4), 1489-1517.

24

24

D-Amfetamin/Lisdexamfetamin (LDX)

- Wirkweise: Hemmung der Noradrenalin- (NAT) und Dopamin-Transporter (DAT)
- Zusätzlich Freisetzung von Dopamin (DA) und Noradrenalin (NA) aus präsynaptischen Vesikeln
- T_{max} : D-Amphetamin 2 Stunden;
- T_{max} : LDX (Prodrug inaktiv) 3,5 Stunden, Halbwertszeit ($t_{1/2}$): 8–11 Stunden (PH-Wert des Urins!)
- Wirkdauer ca. 14 Stunden
- Sehr gute Absorption über Peptidtransporter im Intestinaltrakt
- Aktivierung: Abspaltung von Lysin in Erythrozyten durch Hydrolyse, D-Amfetamin wird frei
- Metabolisierung: CYP2D6
- Elimination: renal (fast 100%)

01.07.25

25

25

ADHS im Erwachsenenalter – Therapeutika der 1. Wahl (CH):

Handelsname Darreichungsform	Wirkdauer	Dosisstärke	Alter	Aktive Substanz	Metabolisierung
Concerta® (OROS) Tabl.	12 Stunden	18, 27, 36, 54mg	65 Lj.	MPH	CES1 = Carboxylesterase
Methylphenidat-Mepha® Tabl., Depotabs®	12 Stunden	18, 27, 36, 54mg	65 Lj.		
Methylphenidat Sandoz® Tabl.	12 Stunden	18, 27, 36, 54mg	65 Lj.		
Methylphenidat Spirig CH®	12 Stunden	18, 27, 36, 54mg	65 Lj.		

Pharmakokinetik: T_{max} : Zwei Peaks; 1. Peak nach 1–2 h; 2. Peak nach 6–8 h

Pharmakokinetik: Mittlere $T_{1/2}$: 3.5 h

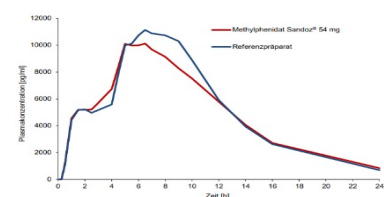
Wirkdauer: 12 h

Mahlzeitenunabhängige Einnahme: Ja

Methylphenidat Sandoz®, Retardtabletten

Angaben zur Bioverfügbarkeit

Mittlerer Plasmaspiegelverlauf von Methylphenidat Sandoz® 54 mg im Vergleich zum Referenzpräparat in einem Konzentrations-Zeit-Diagramm



Die Studie wurde von Sanofi-Sandoz im Rahmen der Zulassung geprüft.

01.07.25

26

26

ADHS im Erwachsenenalter – Therapeutika der 1. Wahl (CH):

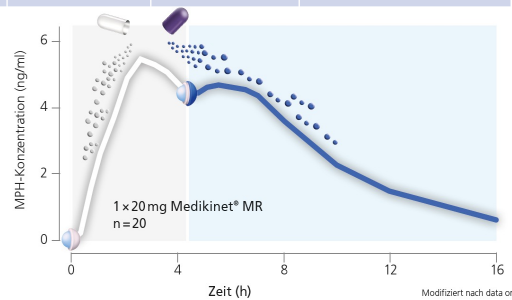
Handelsname Darreichungsform	Wirkdauer	Dosisstärke	Alter	Aktive Substanz	Metabolisierung
Medikinet® MR Kaps. (Pellets)	8 Stunden	5, 10, 20, 30, 40 mg	65 Lj.	MPH	CES1 = Carboxylesterase

Pharmakokinetik: T_{max} : 2 h; Aufbau Plateauphase: 3–4 h

Pharmakokinetik: Mittlere $T_{1/2}$: 2 h

Wirkdauer: ca. 8 h³

Mahlzeitenunabhängige Einnahme: Nein



01.07.25

27

27

ADHS im Erwachsenenalter – Therapeutika der 1. Wahl (CH):

Handelsname Darreichungsform	Wirkdauer	Dosisstärke	Alter	Aktive Substanz	Metabolisierung
Focalin® XR Kaps.	10-12 Stunden	5, 10, 15, 20 mg	65 Lj.	D-MPH	CES1 = Carboxylesterase

Pharmakokinetik: T_{max} : Zwei Peaks mit einer Verzögerung von ca. 4 h;

1. Peak nach ca. 1.5 h, 2. Peak nach ca. 6.5 h

Pharmakokinetik: Mittlere $T_{1/2}$: 2–3 h

Wirkdauer: 8–12 h³

Mahlzeitenunabhängige Einnahme: Ja

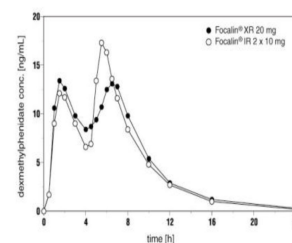


Figure 1. Mean Dexamethylphenidate Plasma Concentration-Time Profiles After Administration 1 x 20 mg Focalin XR (n = 24) Capsules and 2 x 10 mg Focalin Immediate-Release Tablets (n = 25)

01.07.25

28

28

ADHS im Erwachsenenalter – Therapeutika der 2. Wahl (CH):

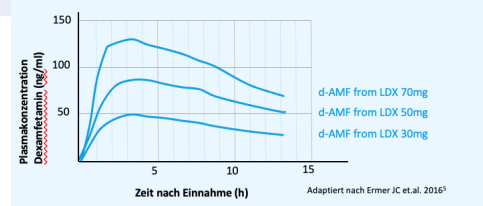
Handelsname Darreichungsform	Wirkdauer	Dosisstärke	Alter	Aktive Substanz	Metabolisierung
Elvanse® (Lisdexamphetamin dimesylat) Kaps.	14 Stunden	20, 30, 40, 50, 60, 70mg	Neu!	D-Amphetamin	CYP2D6
Lisdexamfetamin Spirig HC® Kaps.	14 Stunden	20, 30, 40, 50, 60, 70mg	55 Lj.	D-Amphetamin	CYP2D6

Pharmakokinetik: $T_{\max}$ LDX: 1 h / $T_{\max}$ d-AMF: ca. 3.5 h

Pharmakokinetik: Mittlere $T_{1/2}$: LDX: <1 h / d-AMF: 11 h

Wirkdauer: 13 h (Kinder und Jugendliche), 14 h (Erwachsene)

Mahlzeitenunabhängige Einnahme: Ja



01.07.25

29

29

ADHS im Erwachsenenalter – Therapeutika der 2. Wahl (CH):

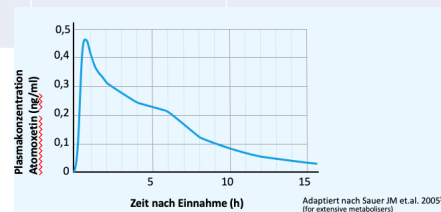
Handelsname Darreichungsform	Wirkdauer	Dosisstärke	Alter	Aktive Substanz	Metabolisierung
Atomoxetine- Mepha® Hartkapsel	Keine Information in CH	10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg	50 Lj.	Atomoxetin	CYP ₄₅₀ 2D6
Atomoxetin Xiromet® Hartkapsel	Keine Information in CH a.H	10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg	50 Lj.	Atomoxetin	CYP ₄₅₀ 2D6

Pharmakokinetik: $T_{\max}$: 1–2 h

Pharmakokinetik: Mittlere $T_{1/2}$: CYP2D6 EM: 3.6 h;
CYP2D6 PM: 21 h

Wirkdauer: k. A.

Mahlzeitenunabhängige Einnahme: Ja



01.07.25

30

30

Empfehlungen/Vorsichtsmassnahmen^(1,2,3)



- Wirkeintritt/Wirkdauer je nach galenischer Zubereitung
- Tagesablauf im beruflichen und familiären Kontext erfragen
- Schlaf- und Essgewohnheiten erfragen (Frühstück)
- Reboundphänomene /Umgang
- Followup: Telemedizinisch und persönlich
- Retardierte Präparate
- Puls und Blutdruck bei allen Altersgruppen und jeder Anpassung der Dosierung; Alle 6 Monate im Rahmen der Routineuntersuchungen
- Gewicht: ca. drei und sechs Monate nach Beginn der Medikation
- Bei geplanten chirurgischen Eingriffen, am Tag der OP absetzen

1. Heiser P, Benkert O. Medikamente zur Behandlung von ADHS und anderen Entwicklungsstörungen. In: Benkert O, Hippus H, eds. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021: 759-88.

2. <https://compendium.ch>

3. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf

01.07.25

31

31

Interaktionen/Empfehlungen/Vorsichtsmassnahmen



- Serotoninsyndrom: Vorsicht mit Lithium, SSRI (**CH**), Trizyklika; MPH=> kaum serotonerge Wirkung (wenig Studien zur Kombinationstherapie)
- Atomoxetin: Leberwertkontrollen; CAVE mit CYP2D6-Inhibitoren=> Spiegelerhöhung, QTc-Verlängerung; bei "Hinweisen" auf Leberschäden „sofortiges Absetzen“; Child-B und -C 50% bzw. 25% der Anfangs- und der Zieldosis
- CAVE: keine Kombination mit MAO-Hemmern (MPH+AMP); Hypertensive Krise;
- Cumarine: Es kann zur Verstärkung der antikoagulatorischen Wirkung kommen => Erhöhung des INR –Wertes, engmaschige Kontrolle
- Cave: Protonenpumpenhemmer (PPI): Medikinet® MR

1. Heiser P, Benkert O. Medikamente zur Behandlung von ADHS und anderen Entwicklungsstörungen. In: Benkert O, Hippus H, eds. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021: 759-88.

2. <https://compendium.ch>

3. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf

01.07.25

32

32

Interaktionen/Empfehlungen/Vorsichtsmassnahmen



- EKG/Vitalwerte vor der Behandlung insbesondere bei Kombinationstherapie
- Kein Einsatz der Stimulanzien bei schwerwiegenden zerebro- bzw. kardiovaskulären Erkrankungen, gilt auch für Atomoxetin
- Guanfacin (GXR): bei Erwachsenen off-label; QT-Verlängerung, CAVE Bradykardie /Opiate, Spiegelsteigerung v. Valproat; Langsame Dosisreduktion
- Guanfacin + Lisdexamfetamin (LDX): Spiegelsteigerung von GXR
- Harnansäuerung/-alkalisierung?

1. Heiser P, Benkert O. Medikamente zur Behandlung von ADHS und anderen Entwicklungsstörungen. In: Benkert O, Hippus H, eds. Compendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021: 759-88.
 2. <https://compendium.ch>
 3. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf

01.07.25

33

33

Medikation und das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen (CVD)

JAMA
Network | **Open.**

Original Investigation | Psychiatry

Risk of Cardiovascular Diseases Associated With Medications Used in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
 A Systematic Review and Meta-analysis

La Zhang, MPH; Honghui Yao, MSc; Lin Li, PhD; Ebo Du Rietz, PhD; Pontus Andell, MD, PhD; Miguel Garcia-Angibay, PhD; Brian M. D'Onofrio, PhD; Samuele Cortese, MD, PhD; Henrik Larsson, PhD; Zheng Chang, PhD

- 19 Studien, ca. 4 Mio. Teilnehmer, alle Altersgruppen
- Keine statistisch signifikante Assoziation zwischen dem Gebrauch der ADHS-Medikation und dem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse allgemein über alle Gruppen
- Geringe Erhöhung für das Risiko von Herzstillstand und Tachyarrhythmie konnte nicht ausgeschlossen werden (insbesondere bei Frauen und bei vorbelasteten Personen mit CVD)
- Insbesondere bei vorbelasteten Personen sollen Blutdruck und Puls vor und bei jeder Evaluation der Medikation kontrolliert werden

01.07.25

34

34

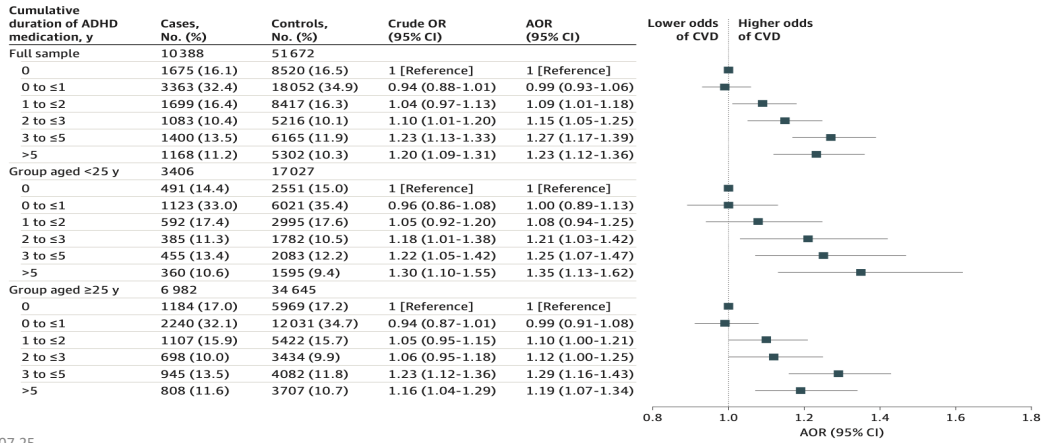
Empfehlungen/Vorsichtsmassnahmen

JAMA Psychiatry | Original Investigation

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Long-Term Risk of Cardiovascular Diseases

Le Zhang, PhD; Lin Li, PhD; Pontus Andell, MD, PhD; Miguel Garcia-Arribas, PhD; Patrick D. Quinn, PhD; Brian M. D'Onofrio, PhD; Isabella Brille, PhD; Ralf Kuja-Halkola, PhD; Paul Lichtenstein, PhD; Kristina Johnell, PhD; Henrik Larsson, PhD; Zheng Chang, PhD

Figure 2. Risk of Cardiovascular Disease (CVD) Associated With Cumulative Duration of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Medication Use

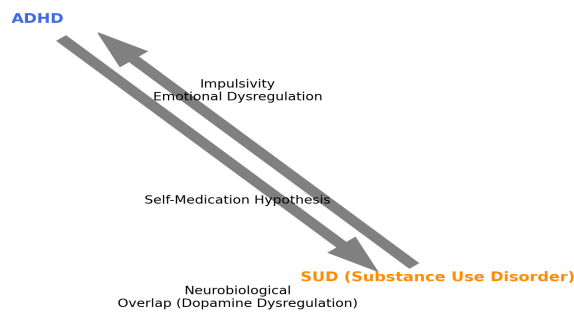


01.07.25

35

35

SUD: Selbstmedikationshypothese



ADHS «primär» → Sucht «sekundär» → Selbstmedikationshypothese

Adaptiert nach Khantzian et al. 1985; Groenman et al., 2017

01.07.25

36

36

RESEARCH ARTICLE

REVISED Adult attention-deficit/hyperactivity disorder:**Associations between subtype and lifetime substance use – a clinical study**

[version 2; peer review: 3 approved]

Michael Liebrezn¹, Alex Gamma¹, Iliyan Ivanov², Anna Buadze³, Dominique Eich³

- ADHD und Substanzkonsum: Subtypen und Lifetime-Prävalenz Studie
- Kohorte: 413 Erwachsene mit ADHD; vollständige Daten für 349 Patienten.
- Prävalenz von Substanzkonsum: Lifetime Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit: 26 %; Gelegentlicher Konsum: 57 %; Nikotinmissbrauch: 20,3 %;

01.07.25

37

37

RESEARCH ARTICLE

REVISED Adult attention-deficit/hyperactivity disorder:**Associations between subtype and lifetime substance use – a clinical study**

[version 2; peer review: 3 approved]

Michael Liebrezn¹, Alex Gamma¹, Iliyan Ivanov², Anna Buadze³, Dominique Eich³**Subtyp-Spezifische Ergebnisse (DSM 5/ICD 11 „Präsentationen“):**

- Hyperaktiv-Impulsiver Subtyp: Signifikant höhere Raten von Kokainmissbrauch (31,3 %) im Vergleich zum Unaufmerksamen Subtyp (15,7 %)
- Kombinierter Subtyp: Höchste Prävalenz von SUD insgesamt. Klinische Bedeutung: Kokain wird häufiger als Selbstmedikation bei hyperaktiv-impulsiven Symptomen verwendet
- Behandlung sollte Subtypen und deren spezifische Risikoprofile berücksichtigen. Stimulanzien wie Methylphenidat trotz SUD-Komorbidität eine wirksame Option

01.07.25

38

38

publiziert bei:  **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

**Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten
(S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung
(ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“**

AWMF-Registernummer 028-045

1.4.3.

n

Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit besteht, sollte durch einen Spezialisten mit Kenntnissen in der Behandlung von ADHS und Sucht erfolgen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt II.2.4.2 und in der Evidenztabelle im Methodenreport Anhang 11.4.4.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% - alle 100%

Qualität der Evidenz: Expertenkonsens

01.07.25

39

39

publiziert bei:  **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

**Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten
(S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung
(ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“**

AWMF-Registernummer 028-045

- Patienten mit ADHS und Substanzkonsum mit erhöhtem Risiko für nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch der Medikation langwirksame Stimulanzen oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin wählen.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 100% – alle 100%

01.07.25

40

40

Pharmakologische Ansätze: ADHS +SUD



Stimulanzien:

1. Methylphenidat (retardiert): Therapeutikum der 1. Wahl für ADHS in CH
2. Lisdexamfetamindimesylat :
Label-update Elvanse® → Keine Kontraindikation mehr bei Substanzstörungen

Nicht-Stimulanzien:

1. Atomoxetin oder Guanfacin sind Alternativen, vor allem bei Patienten mit hohem Missbrauchspotenzial (Guanfacin: Off-label für Erwachsene in CH)

Monitoring:

1. Engmaschigeres Monitoring bei (z. B. Urintests) vor allem bei Patienten mit hohem Missbrauchspotenzial; CAVE: «verloren, verlegt, weggeworfen»
2. Kardiovaskuläre Untersuchungen sind vor Beginn einer Behandlung mit Stimulanzien erforderlich (CAVE multipler Substanzgebrauch)

01.07.25

41

41

Behandlung im Alter^(1,2,3):



- Meisten Medikamente nicht über 65 Jahre zugelassen
- Kaum Studien
- Gute somatische Abklärung und Verlaufsbeurteilungen vor allem kardiovaskulär (RR und Puls) vor und während der Therapie
- Gute Effekte bei guter Verträglichkeit (Selbstberichte naturalistische Studien bei 29mg/d AMP und 54mg/d MPH)
- Polypharmazie/Multimorbidität
- Mögliche Interaktion mit Cumarinen beachten (s.o.)
- Bei geplanten chirurgischen Eingriffen, am Tag der OP absetzen
- Glaukom: Erhöhung des Augeninnendrucks möglich

1. Michielsens, M., Kleef, D., Bijlenga, D., Zwennes, C., Dijkhuizen, K., Smulders, J., ... & Kooij, J. S. (2021). Response and side effects using stimulant medication in older adults with ADHD: an observational archive study. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1712-1719.

2. Goodman, D. W., Mitchell, S., Rhodewalt, L., & Surman, C. B. (2016). Clinical presentation, diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in older adults: a review of the evidence and its implications for clinical care. *Drugs & aging*, 33, 27-36.

3. Torgersen, T., Gjervan, B., Lensing, M. B., & Rasmussen, K. (2016). Optimal management of ADHD in older adults. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 79-87.

01.07.25

42

42

ADHS und hormonbedingte Stimmungsstörungen



Contents lists available at ScienceDirect
Journal of Psychiatric Research
journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychires

Journal of Psychiatric Research 133 (2021) 10–15

Prevalence of hormone-related mood disorder symptoms in women with ADHD

Farangis Dorani, MSc^{a,*}, Denise Bijlenga, PhD^{a,b}, Aartjan T.F. Beekman, MD, PhD^b, Eus J. W. van Someren, PhD^{b,c,d,e}, J.J. Sandra Koolj, MD, PhD^{a,b}

^a Pops Program and Expertise Center Adult ADHD, The Hague, the Netherlands

^b Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Dept. of Psychiatry, Amsterdam, the Netherlands

^c Netherlands Institute for Neuroscience, Dept. Sleep & Cognition, Amsterdam, the Netherlands

^d Vrije Universiteit Amsterdam, Faculty of Science, Dept. of Integrative Neurophysiology, Amsterdam, the Netherlands

^e SEIN, Sleep-Wake Center, Heemsteede, The Netherlands

- Prävalenz: Prämenstruelle Dysphorie (PMDD), Postpartale Depression (PPD), affektive Beschwerden im Klimakterium (Climacteric mood symptoms - CMD)
- N: 209 mit ADHS 18-71J.
- Prävalenz von PMDD (45.5%) war im Vergleich zur Allgemeinpopulation (28.7%) erhöht
- Erhöhte Prävalenz für Postpartale Depression und CMS
- Keine Unterschiede in Chronobiologie
- Postpartale Depressionen bei ADHS 57.6%, bei Kontrollpopulation 14.5%
- PMDD-Kapitel von Neuropsychiatrischem Int. 5.0.0
- Edinburgh Postnatal Depression Scale
- Greene Climacteric Scale
- Erhebung von Schlaf

01.07.25

43

43

ADHS bei Frauen/Sexualhormone

- Kaum Literatur
- Korrelation ADHS/PMS/Postpartum/Menopause
- Nach klinischer Erfahrung sind häufig Dosisanpassungen zyklusabhängig notwendig (PMS)
- Regelmässige Kontrollen
- Klinisch häufig besseres Ansprechen auf LDX, insbesondere in Bezug auf emotionale Labilität und Stimmungsschwankungen, retardierte Präparate (Tagesablauf erfragen)

01.07.25

44

44

Behandlung während der Schwangerschaft: MPH ⁽¹⁾



- Kritische Prüfung der Notwendigkeit der MPH-Therapie in der Schwangerschaft, grundsätzlich nicht empfohlen
- 1. Trimenon: Keine Teratogenität, bei Exposition weiterführende US-Diagnostik (unauffällige fetale Entwicklung? Wachstumsretardierung? Frühgeburtsbestrebungen?), «sorgfältige gynäkologische und psychiatrische Begleitung»
- 2.-3. Trimenon/Perinatal: Anpassungsstörungen, in der Regel innerhalb der ersten Tage nach der Geburt; Können mit kardiovaskulären, neurologischen, gastrointestinalen und respiratorischen Symptomen einhergehen

1. <https://www.embryotox.de/arzneimittel/details/ansicht/medikament/methylphenidat/>
01.07.25

45

45

Behandlung während der Schwangerschaft: MPH ⁽¹⁾



- Entbindung: Empfohlen in einer Klinik mit Neonatologie
- Bei i.v. Missbrauch: Intrauterine Wachstumsverzögerung und leicht erhöhte Frühgeburtlichkeit
- Alternativen: Bupropion oder Venlafaxin
- Stillzeit: «nicht empfohlen», «unter Vorbehalt und bei Monotherapie», muttermilchgängig;
- Im Individualfall eine Abwägung Risiken/Nutzen (mit MPH die grösste Erfahrung)

1. <https://www.embryotox.de/arzneimittel/details/ansicht/medikament/methylphenidat/>
01.07.25

46

46

Auswirkungen der Medikation

- ADHS-Medikamente (in erster Linie Stimulanzen) wurden mit einem Rückgang um mehr als 10 % der ungewollten Verletzungen in Verbindung gebracht⁽¹⁾
- Geringeres Risiko von Verkehrsunfällen (MVCs) => Mortalität und Morbidität⁽²⁾
- Depressionen traten um 20 % seltener auf, wenn Patienten ADHS-Medikamente erhielten, als wenn sie keine erhielten⁽³⁾
- Signifikante Verringerung des Konsums illegaler Substanzen⁽⁴⁾
- Senkung des Mortalitätsrisikos⁽⁵⁾
- CAVE: „Diagnose oder Anamnese von schwerer Depression“ als Kontraindikation für Stimulanzientherapie, ausser bei Elvanse® (Labelupdate)

1. Ruiz-Goicoetxea, M., Cortese, S., Aznarez-Sanado, M., Magallón, S., Zallo, N. A., Luis, E. O., ... & Arrondo, G. (2018). Risk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 63-71. 2. Chang, Z., Quinn, P. D., Hur, K., Gibbons, R. D., Sjölander, A., Larsson, H., & D'Onofrio, B. M. (2017). Association between medication use for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of motor vehicle crashes. *JAMA psychiatry*, 74(6), 597-603. 3. Chang, Z., D'Onofrio, B. M., Quinn, P. D., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2016). Medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for depression: a nationwide longitudinal cohort study. *Biological psychiatry*, 80(12), 916-922. 4. Chang, Z., Lichtenstein, P., Hallidner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., ... & Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 878-885. 5. Dalsgaard, S. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*, 385(9983), 2190-2196

01.07.25

47

47

ADHS im Strassenverkehr



Original Investigation

FREE

August 2017

Motor Vehicle Crash Risk Among Adolescents and Young Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Allison E. Curry, PhD, MPH¹; Kristina B. Metzger, PhD²; Melissa R. Pfeiffer, MPH³; et al.

> Author Affiliations | Article Information

JAMA Pediatr. 2017;171(8):756-763. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0910

- Kohortenstudie mit 2479 Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS und 15 865 ohne ADHS
- Das Unfallrisiko bei Fähranfängern mit ADHS war um 36 % höher als bei der Kontrollpopulation

01.07.25

48

48

Auswirkung der Pharmakotherapie im Strassenverkehr

JAMA Psychiatry | Original Investigation

Association Between Medication Use for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Risk of Motor Vehicle Crashes

Zheng Chang, PhD, MSc; Patrick D. Quinn, PhD; Kwan Hur, PhD; Robert D. Gibbons, PhD; Arvid Sjölander, PhD; Henrik Larsson, PhD; Brian M. D'Onofrio, PhD

IMPORTANCE Motor vehicle crashes (MVCs) are a major public health problem. Research has demonstrated that individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) are more likely to experience MVCs, but the effect of ADHD medication treatment on the risk of MVCs remains unclear.

OBJECTIVE To explore associations between ADHD medication use and risk of MVCs in a large cohort of patients with ADHD.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS For this study, a US national cohort of patients with ADHD (n = 2 319 450) was identified from commercial health insurance claims between January 1, 2005, and December 31, 2014, and followed up for emergency department visits for MVCs. The study used within-individual analyses to compare the risk of MVCs during months in which patients received ADHD medication with the risk of MVCs during months in which they did not receive ADHD medication.

Invited Commentary
page 923
Supplemental content

- Kohorte 2 319 450 Patienten mit AHDS (Männer und Frauen)
- Durchschnittsalter 32.3 J
- 51.7% w
- m: hatten in den Monaten der Medikamenteneinnahme um 38% (OR 0.62; 95% CI, 0.56-0.67) tieferes Risiko für Unfälle (MVCs) im Vergleich zu den Monaten ohne Medikation
- w: um 42% (OR 0.58; 95% CI, 0.53-0.62) tieferes Risiko für Unfälle (MVCs) im Vergleich zu den Monaten ohne Medikation
- wichtiges Resultat: da hohe Assoziation zwischen ADHS und Verkehrsunfällen => Mortalität und Morbidität

01.07.25

49

49

Interaktionen/Empfehlungen/Vorsichtsmassnahmen: Verkehrstüchtigkeit



- Selten: Vor allem zu Beginn der Therapie könnte Fahrfähigkeit oder Bedienen von Maschinen beeinträchtigt sein
- Entsprechende Psychoedukation und entsprechender Verzicht in den ersten Tagen
- Bei evtl. Schwindel, Müdigkeit, Akkommodationsstörungen

1. Heiser P, Benkert O. Medikamente zur Behandlung von ADHS und anderen Entwicklungsstörungen. In: Benkert O, Hippus H, eds. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021: 759-88.

2. <https://kompendium.ch>

3. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045k_S3_ADHS_2018-06.pdf

01.07.25

50

50

Was sagt das Compendium?



- In seltenen Fällen sind Symptome von Sehstörungen vorgekommen. Dabei ist über Akkommodationsstörungen und verschwommenes Sehen berichtet worden
- Es ist bekannt, dass Concerta Schwindelgefühle verursachen kann. Beim Fahren, Bedienen von Maschinen oder anderen potenziell gefährlichen Tätigkeiten ist deshalb Vorsicht angebracht. Die Patienten sollten angemessen gewarnt werden, bis sie sich hinreichend sicher sind, dass Concerta ihre Fähigkeit, derartige Tätigkeiten auszuführen, nicht negativ beeinflusst
- Elvanse kann Schwindel, Benommenheit und Sehstörungen mit Akkommodationsschwierigkeiten und verschwommenem Sehen verursachen. Diese Wirkungen könnten einen mässigen Einfluss auf die Fahrtüchtigkeit und die Fähigkeit zum Führen und Bedienen von Maschinen haben. Die Patienten sollten über diese möglichen Wirkungen informiert und angewiesen werden, potenziell gefährliche Tätigkeiten wie das Führen von Fahrzeugen oder das Bedienen von Maschinen zu vermeiden, wenn sie solche Wirkungen bei sich feststellen

Quelle: Compendium

01.07.25

51

51

Empfehlungen



- Es ist ratsam, in den ersten Tagen nach Beginn der Behandlung oder nach einer Dosisanpassung nicht zu fahren => beobachten
- Distraktoren reduzieren: Beifahrer um Ruhe bitten, keine laute Musik, kein Telefon am Steuer, wenn Freisprecheinrichtung
- Pausen mit Übungen/kurze int. Bewegungen
- Kein Multitasking (z.B. technische Geräte)
- Die Augen nicht von der Strasse nehmen, auch dann wenn man angesprochen wird
- Nicht unter Substanzeinfluss (Alkohol, Kokain etc.) fahren
- Medikamenteneinnahme => deutliche Leistungsverbesserung; Verkehrsunfälle 
- CAVE: Rebound ...
- Retardierte Präparate verwenden
- Patientenausweis

01.07.25

52

52



Patientenausweis: Beispiel



PATIENTEN-AUSWEIS

UNIVERSITÄT ZÜRICH PSYCHIATRIE KLINIK ADHS SOCIÉTÉ SUISSE ENFANCE A.D. 2004 SOCIÉTÉ SUISSE ENFANCE A.D. 2004 ADHS SOCIÉTÉ SUISSE ENFANCE A.D. 2004



Die Inhaberin / der Inhaber dieses Ausweises ist bei mir in ärztlicher Behandlung

Name, Vorname Patientin / Patient:

Adresse Patientin / Patient:

Aus gesundheitlichen Gründen ist die Einnahme folgender Medikamente nötig

Name, Wirkstoff und Dosierung:

Dieser Ausweis ist gültig bis (max. 1 Jahr):

Name behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt:

Adresse Praxis:

Tel. Nr.: Datum:

Bitte an den gepunkteten Linien falten

Praxistempel / Unterschrift:

01.07.25
<https://www.sfg-adhs.ch>
53

53



Patientenausweis: Beispiel



Takeda Pharma AG | Thurgauerstrasse 110 | 8002 Zürich (Schweiz)

Zur Verfügung gestellt von 

Patientenausweis

Vorname

Name

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Die Inhaberin/der Inhaber dieses Ausweises ist bei mir/uns in fachärztlicher Behandlung.

Es besteht eine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung mit Lisdexamfetamindimesylat (Elvanse®).

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt:

Praxis-/Klinikstempel

CAUTION: CHL/US/0005, 0/0204 - 000002754

01.07.25
54

54

Therapieadhärenz



- Beim Ausbleiben der Wirkung die Therapieadhärenz prüfen
- UAWs und Reboundphänomene erfragen
- Stigmatisierende Aspekte: z.B. Familie, soziales Umfeld, Medien...
- Medikamentenprotokoll
- Psychoedukation wiederholen
- Je schwerer die ADHS-Symptomatik um so schlechter die Adhärenz

1. D. Goodman 2009; 2. N.M. Capone 2006; 3. S. Safren et al 2007;

01.07.25

55

55

Take home

- ICD 11: 6A05 ADHS - «neuromentale» Entwicklungsstörungen
- Entwicklungsstörungen
- ADHS als „life-long-condition“
- Persistenz bis ins Erwachsenenalter in ca. 70% der Fälle; Prävalenz ca. 3%
- Koexistierende Störungen psychisch und somatisch = die Regel, nicht die Ausnahme
- Therapieindikation: Persönlicher Leidensdruck entscheidend
- Therapie der ersten Wahl = Stimulantien, haben hohen Evidenzgrad
- Für Erwachsene nur retardierte Präparate zugelassen
- Unretardierte Präparate können affektive Schwankungen verstärken

01.07.25

56

56

Take home

- Gute Kombinationsmöglichkeiten mit Antidepressiva
- Puls und Blutdruckmessung empfohlen
- Bei Erwachsenen: Pharmakotherapie als primäre Therapieoption auch bei leichter bis moderater Ausprägung
- Frühzeitige Therapie von ADHS kann das Risiko von Komorbiditäten/Unfällen und Mortalität deutlich senken
- Pharmakotherapie in der Schwangerschaft und Stillzeit: Nicht empfohlen. Im Individualfall eine Abwägung Risiken/Nutzen (mit MPH die grösste Erfahrung)
- Prävalenz von PMDD, PPD und CMS sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht; Dosisanpassung der Stimulanzien erwägen

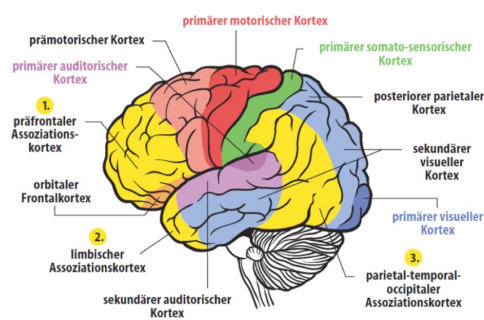
01.07.25

57

57



Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich



Schmidt-Thews: Physiologie, Springer 1997

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

01.07.25

58

58