



ADV
Rehabilitation und
Integration gGmbH

FACHVORTRAG

Stimulanzientherapie

bei komorbider ADHS in der stationären Suchtbehandlung

Indikation · Wirkprinzipien · Therapeutische Begleitung im multiprofessionellen Team

VORTRAGENDE

Dr. Dominik Diesing · Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztliche Leitung

Maren Ward, M.Sc. · Suchttherapeutin, Therapeutische Leitung

Warum dieses Thema?

Die Komorbidität ist häufig, klinisch folgenreich — und behandelbar

21 %

**der Patient:innen mit
Substanzgebrauchsstörung
erfüllen die Kriterien einer ADHS**

Metaanalyse von 31 Studien — die
Komorbiditätsrate liegt deutlich über der
Allgemeinbevölkerung (~ 5%).

Rohner et al. 2023, Int J Environ Res Public Health

× 2

**höheres Risiko für die Entwicklung
einer Substanzgebrauchsstörung
bei Erwachsenen mit ADHS**

Konsum ist bei ADHS-Patient:innen doppelt
so häufig wie in der Allgemeinbevölkerung;
ADHS ist ein etablierter Risikofaktor für Onset
und Verlauf.

*van Emmerik-van Oortmerssen et al. 2012, Drug
Alcohol Depend*

SMD 0,79

**Effektstärke von Stimulanzien bei
der erwachsenen ADHS**

Network-Metaanalyse von 133 RCTs, eine der
höchsten Effektstärken der
Erwachsenenpsychiatrie. Bei komorbider
Sucht moderater.

Cortese et al. 2018, Lancet Psychiatry

Stimulanzientherapie wirkt — auch bei Komorbidität. Aber sie funktioniert nur, wenn das multiprofessionelle Team sie mit trägt.



Lernziele

Was Sie nach dieser Stunde wissen und für Ihren Arbeitsalltag mitnehmen

1

Indikation sicher stellen

Sie kennen die Kernsymptome der adulten ADHS, können sie von substanzinduzierten Symptomen abgrenzen und wissen, wann eine Stimulanzientherapie indiziert ist.

2

Wirkprinzipien und Evidenz

Sie verstehen Wirkmechanismus und Pharmakokinetik der Stimulanzien und kennen die Studienlage zur Stimulanzientherapie bei Suchtkomorbidität.

3

Klinische Steuerung im Reha-Alltag

Sie kennen Eindosierung, Vergaberahmen, Verlaufsbeobachtung und den Umgang mit Konsumrückfall unter laufender Stimulanzientherapie.

4

Multiprofessionelle Begleitung

Sie verorten Ihre Berufsgruppe im Einstellungsprozess — von der Wirkungsbeobachtung in der Arbeitstherapie bis zur Übergabe in die ambulante Nachsorge.



Gliederung des Vortrags

Sechs Blöcke, drei Reset-Punkte, zwei Fallvignetten



● 3 × Chat-Polling als Reset-Punkte

● 2 Fallvignetten (Herr K. und Frau M.)

● 2 Praxistransfer-Folien pro Berufsgruppe

Klinisches Bild der ADHS

Drei Kerndimensionen plus moderne Phänomenologie der adulten ADHS

0 1

Aufmerksamkeit

Inattention

- Erhöhte Ablenkbarkeit durch Reize
- Vergesslichkeit im Alltag
- Detail-Fehler durch flüchtige Verarbeitung
- Aufgaben nicht zu Ende bringen
- Häufige Aufgaben-Wechsel

0 2

Hyperaktivität

Hyperactivity

- Innere Unruhe (im Erwachsenenalter dominant)
- Bewegungsdrang, schwer ruhig zu sitzen
- Vielredendes, dranghaftes Sprechen
- Subjektives Erleben von Getriebensein
- Suche nach hochstimulierenden Aktivitäten

0 3

Impulsivität

Impulsivity

- Vorschnelles Handeln ohne Abwägung
- Unterbrechen anderer im Gespräch
- Geduldsdefizit, schwer mit Warten
- Risiko-Verhalten und Reizoffenheit
- Impulskäufe, ungefilterte Reaktionen

+ Emotionale Dysregulation und exekutive Dysfunktion

Im Erwachsenenalter klinisch oft führend: Affektlabilität, niedrige Frustrationstoleranz, Arbeitsgedächtnisstörung, Zeitwahrnehmungsdefizit, Prokrastination.

Welches Symptom sehen Sie am häufigsten?

Bei Reha-Patient:innen mit ADHS-Verdacht — bitte eine Antwort wählen

A

Aufmerksamkeitsdefizit

Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit, Aufgaben nicht abschließen

B

Hyperaktivität

Innere Unruhe, Bewegungsdrang, Getriebensein

C

Impulsivität

Vorschnelles Handeln, Geduldsdefizit, Affektdurchbrüche

D

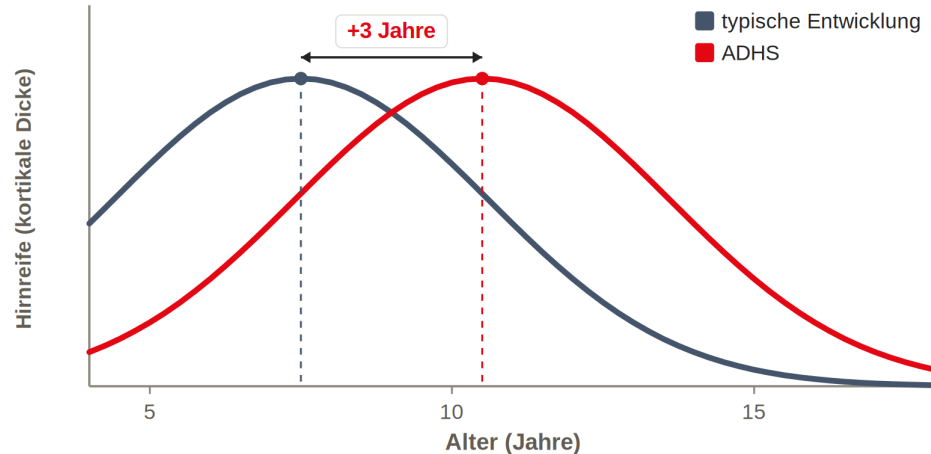
Emotionale Dysregulation

Affektlabilität, niedrige Frustrationstoleranz



ADHS ist verzögerte Reifung

Das Gehirn reift später, nicht falsch, und kein Scan stellt die Diagnose



Die Hirnreifung folgt bei ADHS demselben Bauplan, nur zeitversetzt. Der Reifegipfel der Hirnrinde kommt im Schnitt drei Jahre später, im Stirnhirn bis zu fünf.

01 Verspätet, nicht verkehrt

Die Areale reifen in normaler Reihenfolge, nur später. Fachbegriff: delay statt deviance. Shaw et al., PNAS 2007.

02 Klein und altersabhängig

Die Größenunterschiede sind auf Gruppenebene minimal und bei Erwachsenen meist nicht mehr messbar. ENIGMA, Lancet Psychiatry 2017.

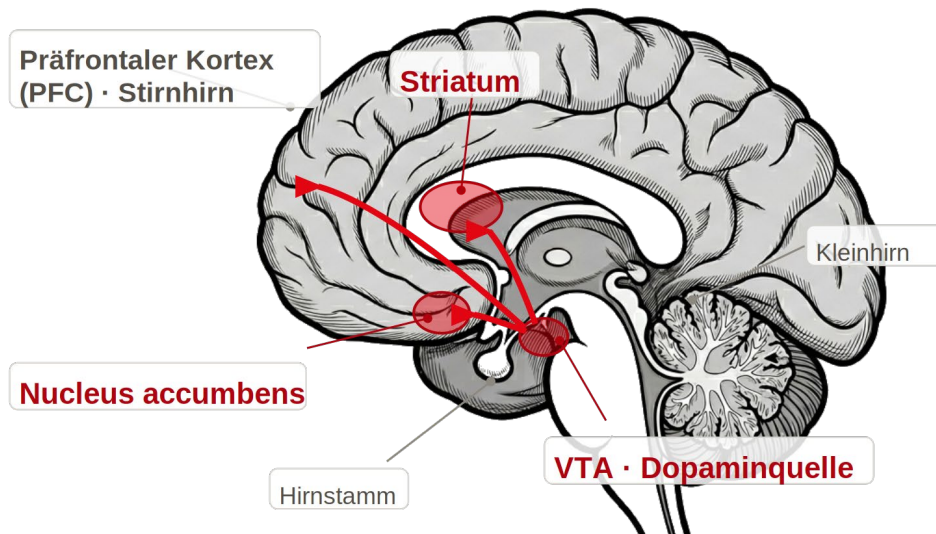
03 Aufmerksamkeit ist Netzwerksache

Das Ruhenetzwerk des Gehirns bricht in Aufgaben ein. Das erzeugt die typischen Aufmerksamkeitslücken. Norman et al. 2022.

Hoogman et al. (ENIGMA), Lancet Psychiatry 2017 / Am J Psychiatry 2019 · Shaw et al., PNAS 2007 · Effektstärken klein (Cohen's $d \approx 0,1$ bis $0,2$), keine Einzelfalldiagnostik

Das Motivations- und Lernsystem

Früher Belohnungssystem genannt, die Dopamin-Bahn von der VTA zum Stirnhirn



Die Dopamin-Bahn im Sagittalschnitt. Von der VTA zum Nucleus accumbens und weiter zum Stirnhirn (rote Pfeile).

01 Drei Stationen, ein Kreis

Die Ventrale Tegmentale Area (VTA) bildet Dopamin, der Nucleus accumbens macht daraus Antrieb, das Stirnhirn steuert und bremst.

02 Dopamin = Antrieb und Lernen

Es motiviert zu einem bestimmten Verhalten und lernt aus Überraschung. Den Genuss machen andere Botenstoffe, nicht Dopamin.

03 Darum kein Belohnungssystem

Der alte Begriff führt in die Irre. Das System bewertet und lernt, es belohnt nicht.

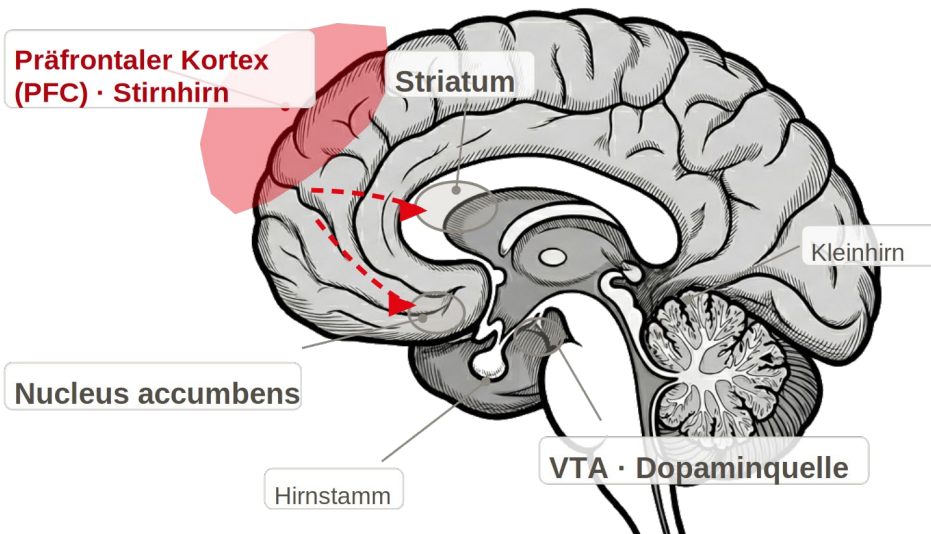
Robinson & Berridge, Annu Rev Psychol 2025 · Berridge & Robinson, Am Psychol 2016 · Schultz, Annu Rev Neurosci 2016

Dr. Dominik Diesing & Maren Ward, M.Sc. | Fachklinik Briese

18.06.2026 | Stimulanzientherapie bei komorbider ADHS

ADHS: Schwache Bremse, falsches Timing

Unteraktivierte Stirnhirn über einem veränderten Belohnungssystem



Das Stirnhirn (rot) ist unteraktiviert. Seine Kontrolle über Belohnung und Impuls (gestrichelte Pfeile) ist von oben herab reduziert.

01 Schwache Stirnhirn-Bremse

Der präfrontale Kortex ist unteraktiviert. Impulse werden schlechter gefiltert, die Sofort-Belohnung gewinnt gegen den langfristigen Plan.

02 Dopamin zur falschen Zeit

Kein simpler Mangel, sondern ein Transfer-Defizit. Das Belohnungssignal kommt zur falschen Zeit (siehe nächste Folie).

03 Stimulanzen heben zum Optimum

Zu wenig Dopamin und Noradrenalin im Stirnhirn senkt die Leistung. Stimulanzen regulieren den Dopaminspiegel.

Volkow et al., Mol Psychiatry 2011 · MacDonald et al., Front Psychiatry 2024 · S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045, V2.0, 2026): Gruppenebene, kein Einzeltest

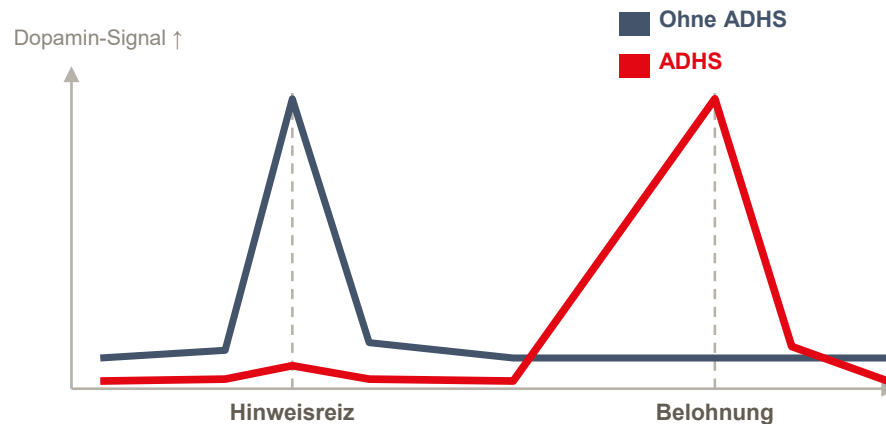
Dr. Dominik Diesing & Maren Ward, M.Sc. | Fachklinik Briese

18.06.2026 | Stimulanzientherapie bei komorbider ADHS

ADHS: Das Dopamin-Transfer-Defizit

Warum das Belohnungssignal erst bei der Belohnung feuert

DOPAMIN = VORHERSAGEFEHLER · Timing



Gesund springt das Signal nach vorn auf den Hinweisreiz, die erwartete Belohnung erzeugt fast nichts. Bei ADHS bleibt der positive Fehler bei der Belohnung hängen.

01 Dopamin = Vorhersagefehler

Dopamin feuert auf Überraschung, nicht auf Genuss. Es meldet, wie viel besser oder schlechter es war als erwartet (Schultz).

02 Bei Menschen ohne ADHS

Beim Lernen springt der Fehler von der Belohnung auf den ankündigenden Hinweisreiz. Die erwartete Belohnung erzeugt dann fast kein Signal mehr.

03 ADHS: der Transfer fehlt

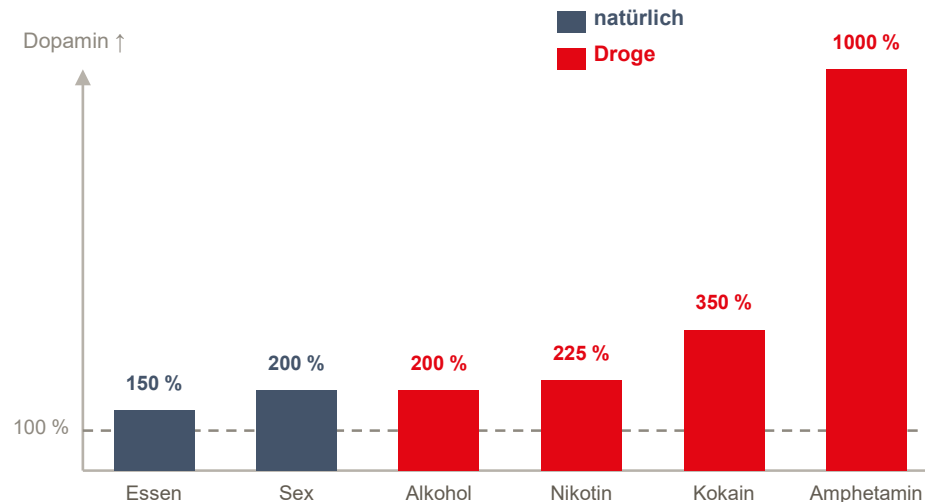
Das Signal springt nicht nach vorn, der positive Fehler bleibt bei der Belohnung hängen. Vorfreude trägt nicht. Stimulanzien stellen das frühe Signal wieder her.

Schultz, Annu Rev Neurosci 2016 (Vorhersagefehler) · Tripp & Wickens 2008 (Transfer-Defizit) · Furukawa/Edel et al. 2014 · MacDonald et al. 2024 (Befunde heterogen)

Wie Drogen das Gehirn kapern

Übernatürlicher Dopamin-Schub, und warum das Tempo entscheidet

DOPAMIN IM NUCLEUS ACCUMBENS · % vom Grundpegel



Amphetamin treibt das Dopamin auf das Zehnfache des Ruhepegels. Entscheidend ist das Tempo, schnell heißt riesiger Stoß, langsam und oral nur ein milder Anstieg.

01 Übernatürlicher Schub

Drogen erzwingen ein Vielfaches des Dopamins natürlicher Belohnungen. Für so starke Signale ist der Kreis nicht gebaut.

02 Tempo entscheidet

Schnell heißt Kick, gespritzt oder geraucht flutet das System. Langsam und oral, auch therapeutische Stimulanzien, gibt nur einen milden Anstieg ohne Rausch.

03 Lernsystem überschrieben

Der Kreis lernt Konsum als Top-Priorität, Reize werden zu Magneten. Die Rückfallgefahr bleibt jahrelang.

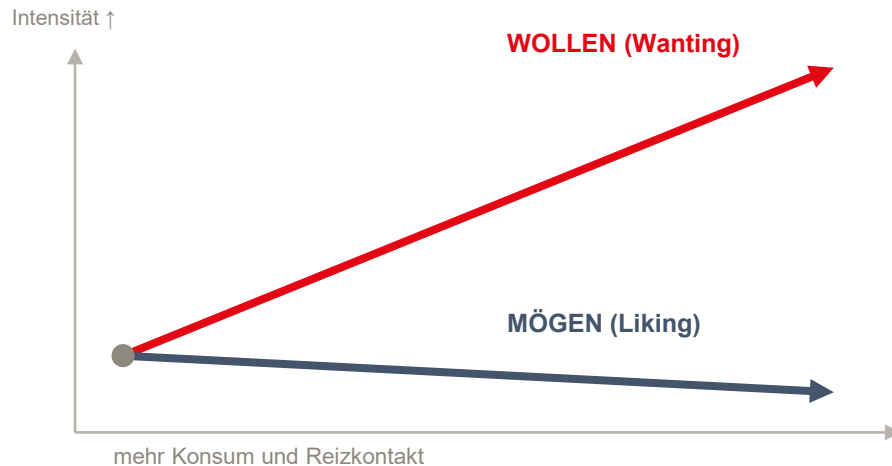
Dopamin im Nucleus accumbens, % vom Grundpegel, schematisch nach Di Chiara & Imperato 1988 und Nestler 2005 · Volkow et al., N Engl J Med 2016



Wollen ist nicht Mögen

Das Wollen-System ist der gemeinsame Schwachpunkt von Sucht und ADHS

WOLLEN vs. MÖGEN · Anreiz-Sensibilisierung



Die rote Wollen-Kurve steigt steil, die blaue Mögen-Kurve bleibt flach. Sie laufen auseinander, genau das ist der Kern.

01 Zwei getrennte Systeme

Dopamin macht das Wollen (Wanting). Den Genuss (Liking) machen andere Botenstoffe. Beides ist im Gehirn trennbar.

02 SUCHT: Wollen entkoppelt

Konsum sensibilisiert das Wollen dauerhaft, das Mögen sinkt. Craving bleibt, auch wenn der Konsum längst nicht mehr guttut.

03 ADHS: Wollen fehlgetaktet

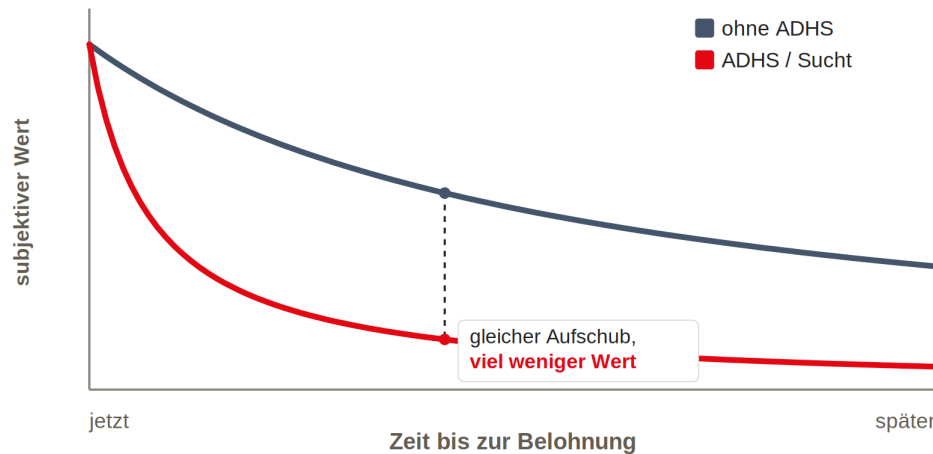
Sofort und intensiv zieht zu stark, später zu schwach. Drogen liefern genau das sofort. Das treibt die Selbstmedikation.

Robinson & Berridge, Annu Rev Psychol 2025 (Anreiz-Sensibilisierung) · Humanbeleg schwächer als Tierbeleg, für Opiode weniger passend · Dopamin vor allem Wollen, mit Lern-Rolle



Warum „sofort“ fast immer gewinnt

Belohnungsaufschub, der gemeinsame Kern von ADHS und Sucht



Je weiter eine Belohnung in der Zukunft liegt, desto weniger zählt sie im Moment. Bei ADHS und Sucht fällt diese Kurve viel steiler als sonst.

01 Aufschub wird stark abgewertet

Eine Belohnung morgen zählt subjektiv viel weniger als jetzt. ADHS wertet deutlich steiler ab. Metaanalyse, Effekt $d = 0,43$.

02 Derselbe Marker bei Sucht

Steiles Abwerten findet sich bei Alkohol, Nikotin und Kokain in ähnlicher Stärke. Ein gemeinsamer messbarer Mechanismus.

03 Therapie nutzt das aus

Sofortige, häufige Verstärker wirken besser als das große Fernziel. Genau das Prinzip von Kontingenzmanagement.

Herr K., 34 Jahre

Alkoholabhängigkeit — und etwas, das wir lange übersehen haben

ANAMNESE

Alter & Beruf	34 Jahre, gelernter KFZ-Mechaniker, mehrfach Stellen wechseln müssen
Diagnose	Alkoholabhängigkeit (F10.2), Eintritt 4. stationäre Reha
Konsum-verlauf	Trinkbeginn mit 14, Abhängigkeit ab 22, mehrere Entgiftungen
Schul-biografie	Hauptschulabschluss 'mit Mühe', Lehrer beschrieben ihn als 'Träumer', 'unkonzentriert'
Beziehungen	Zwei Beziehungen gescheitert, Partnerin: 'unzuverlässig, immer woanders mit den Gedanken'
Reha-Verlauf	Wirkt motiviert, beteiligt sich aktiv — kommt aber wiederholt zu spät, vergisst Aufgaben

WAS UNS AUFFÄLLT — KLINISCHE BEOBACHTUNGEN

Pflege	Vergisst regelmäßig Termine, kommt zu spät zum Frühstück, lässt Medikamente liegen — wirkt aber nicht oppositionell.
Arbeitstherapie	Hohe Motivation am Anfang einer Aufgabe, bricht aber bei Routine schnell ab. Springt zwischen mehreren Werkstücken.
Gruppen-therapie	Verliert in Diskussionen den Faden, unterbricht andere, wirkt innerlich getrieben — entschuldigt sich oft.
Eigen-bericht	<i>'Ich war schon immer so. Beim Trinken war ich endlich mal ruhig im Kopf.'</i>

ADHS oder substanzinduziert?

Differenzialdiagnose über die Längsschnittanamnese

HINWEISE AUF KOMORBIDE ADHS

- ✓ Symptome bereits in Kindheit/Jugend
- ✓ Schul- und Ausbildungsschwierigkeiten vor erstem Konsum
- ✓ Persistenz der Symptome auch in Abstinenzphasen
- ✓ Familiäre Belastung mit ADHS
- ✓ Symptome unabhängig vom Suchtmittel
- ✓ Patient erlebt Konsum als 'Ruhe im Kopf'

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045); Crunelle et al. 2018

HINWEISE AUF SUBSTANZINDUZIERTES SYMPTOM

- ✓ Symptome erst nach Konsumbeginn aufgetreten
- ✓ Schul- und Berufsbiografie vor Konsum unauffällig
- ✓ Symptome bessern sich unter längerer Abstinenz
- ✓ Keine familiäre ADHS-Belastung erkennbar
- ✓ Symptome korrelieren mit Konsum/Entzug
- ✓ Klare zeitliche Verbindung zu Substanzeffekten

Die Längsschnittanamnese ist entscheidend. Bei Herrn K.: Symptome seit der Schulzeit — das spricht klar für eine primäre ADHS.

Wann diagnostizieren wir?

Timing der ADHS-Diagnostik in der stationären Suchtreha



VOR WOCHE 4 — KEINE SICHERE DIAGNOSE

Aber: Anamnese erheben, Längsschnitt klären, Verdachtsdiagnose dokumentieren, Verhaltensbeobachtung im multiprofessionellen Team beginnen.

AB WOCHE 4 — DIAGNOSTIK INDIZIERT

Strukturiertes Interview (DIVA-5), Selbstrating (CAARS), retrospektive Diagnostik (WURS-K), Validierung durch Fremdanamnese und multiprofessionelle Beobachtung.

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045); Crunelle et al. 2018, Eur Addict Res — internationale ICASA-Empfehlungen

Diagnostische Instrumente

Strukturiertes Interview, Selbstrating, retrospektive Diagnostik — was wofür?

DIVA-5

Strukturiertes Interview

~ 60 Min

Goldstandard für die Erwachsenenendiagnostik. Strukturiertes klinisches Interview nach DSM-5, erfasst aktuelle und Kindheitssymptome plus Funktionseinschränkungen.

ANWENDUNG

Zur Sicherung der Diagnose nach mind. 4 Wochen Abstinenz

DIVA Foundation; Ramos-Quiroga et al. 2019

CAARS

Selbst- und Fremdrating

~ 15 Min

Conners' Adult ADHD Rating Scales. Validiertes Screening mit Selbst- und Fremdratingbogen, dimensionale Erfassung der Kernsymptome.

ANWENDUNG

Screening, Verlaufskontrolle, Therapieevaluation

Conners et al. 1999; deutsche Adaptation Christiansen et al.

WURS-K

Retrospektive Diagnostik

~ 10 Min

Wender Utah Rating Scale Kurzform. Erfasst retrospektiv die ADHS-Symptomatik im Kindesalter — entscheidend für die Längsschnittdiagnose.

ANWENDUNG

Beleg der Symptomatik vor dem 12. Lebensjahr

Retz-Junginger et al. 2002, Nervenarzt

Kein Selbstrating ersetzt das strukturierte Interview. Goldstandard: DIVA-5 + WURS-K + multiprofessionelle Verhaltensbeobachtung.

Was beobachtet wer?

Diagnostische Hinweise aus dem multiprofessionellen Reha-Alltag

Ärztlicher Dienst	Pflege	Psycho-/ Suchttherapie	Sozialdienst
▪ Differenzialdiagnose ▪ Komorbiditätsabklärung ▪ Indikationsstellung	▪ Vergesslichkeit bei Terminen ▪ Schlaf-Wach-Rhythmus ▪ Medikamenteneinnahme ▪ Selbstfürsorge im Stationsalltag	▪ WURS-K, CAARS ▪ Strukturiertes Interview (DIVA-5) ▪ Längsschnittanamnese ▪ Konsumfunktion klären ▪ Therapie-Fokussierung	▪ Schul-/Berufsbiografie ▪ Arbeitsplatzkonflikte ▪ Schuldenanamnese ▪ Beziehungsstabilität
Arbeits-therapie	Sport- & Bewegungs-therapie	Ergo-/ Kreativ-therapie	
▪ Konzentration über Zeit ▪ Aufgaben abschließen ▪ Strukturiertes Arbeiten ▪ Frustrationstoleranz	▪ Innere Unruhe ▪ Regelfähigkeit in Gruppen ▪ Impulskontrolle ▪ Bewegungsdrang	▪ Detailgenauigkeit ▪ Durchhaltevermögen ▪ Kreative Sprünge ▪ Affekt im Prozess	

Die Diagnose stellt der ärztliche Dienst — die Datenbasis schafft das Team. *Strukturierte Verhaltensbeobachtung ist die zweite Säule der Diagnostik.*



Wie sicher fühlen Sie sich beim Erkennen?

ADHS-Verdacht bei Reha-Patient:innen — Ihre Selbsteinschätzung

A

Sehr sicher

Ich erkenne typische ADHS-Hinweise zuverlässig.

B

Eher sicher

Ich werde aufmerksam, brauche aber Unterstützung.

C

Eher unsicher

Ich habe Verdacht, kann ihn aber schlecht einordnen.

D

Ich weiß zu wenig

Das war heute neu für mich.

Egal, wo Sie heute stehen — **diese Folie ist nicht der Endpunkt, sondern der Startpunkt.**

Substanzen im Direktvergleich

Alle relevanten Wirkstoffe mit Galenik, Wirkdauer, DE-Zulassung und Empfehlung

Wirkstoff	IR / retard	Handelsname (DE)	Galenik & Einnahme	Wirkweise / Dauer	Abhängigkeitspotenzial	In DE?	Empfehlung (Leitlinie / Studie)
Methylphenidat	IR + retard	Medikinet (IR), Medikinet adult, Concerta (OROS)	IR zur Titration, retard als Standard. Morgens, Medikinet adult zur Mahlzeit	DAT/NET-Hemmer. IR 3 bis 4 h, retard 6 bis 8 h, OROS rund 12 h	mittel IR höher, retard/OROS gering	Ja	First-line (S3-KF 2026 + ICASA). RCT OROS (Konstenius 2014)
Lisdexamfetamin	Prodrug, langwirksam	Elvanse	Prodrug, einmal morgens. Kapsel in Wasser auflösbar	Aktivierung zu d- Amphetamin, rund 13 h gleichmäßig	gering Prodrug-Schutz (oral)	Ja	Off-label ohne MPH-Vorlauf (S3). Niedrigste Missbrauchsrate (Cassidy 2015)
Dexamfetamin (d-Amphetamin)	IR	Attentin	IR-Tablette, mehrfach täglich. Kurze Wirkdauer, über den Tag schwer steuerbar	d-Amphetamin- Freisetzer, rund 3 bis 6 h (kurz)	hoch IR-Amphetamin, hohes Diversionsrisiko	6 bis 17 J.	Off-label ohne MPH-Vorlauf (S3). IR-Form bei Suchtanamnese wenig geeignet
Atomoxetin	Non- Stimulans	Strattera	Täglich, kein BtM, Selbstverwaltung früh möglich	Selektiver NET- Hemmer, Wirklatenz 4 bis 8 Wochen	keines Non-Stimulans	Ja	Alternative bei hohem Suchtrisiko (S3-KF 2026 + ICASA)
Guanfacin	retard, Non- Stimulans	Intuniv	retard, einmal täglich. Puls und RR kontrollieren, ausschleichen	Alpha-2A-Agonist, kein Missbrauchsrisiko	keines Non-Stimulans	6 bis 17 J.	Alternative ohne Missbrauchsrisiko (S3 + ICASA). Erwachsene off-label

Abhängigkeitspotenzial: grün = keines oder gering · gelb = mittel · rot = hoch

In DE?: grün = zugelassen · gelb = nur Kinder/Jugendliche (Erwachsene off-label)

Fachinformationen (DE) und Recherche-Bericht 2026-06-17. Leitlinien: S3 ADHS (AWMF 028-045, KF 2026), ICASA 2018. Attentin (Dexamfetamin) und Intuniv (Guanfacin) in DE nur für Kinder und Jugendliche zugelassen, Erwachsene off-label.

Dr. Dominik Diesing & Maren Ward, M.Sc. | Fachklinik Briese

18.06.2026 | Stimulanzientherapie bei komorbider ADHS in der Suchtbehandlung

S3-Leitlinie ADHS

AWMF 028-045, Konsultationsfassung Version 2.0 · Empfehlung 1.5.4 A und Kapitel 1.6

EMPFEHLUNG 1.5.4 A starke Empfehlung ↑↑ · Grad A · Konsens 96 %

Bei ADHS und Substanzkonsum mit erhöhtem Risiko für nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch **langwirksame Stimulanzien** oder **alternativ Atomoxetin oder Guanfacin** wählen.

SUBSTANZWAHL & VERORDNUNG (DE)

1. Langwirksame Stimulanzien bevorzugen (geringeres Missbrauchs- und Abzweigungsrisiko).
2. Methylphenidat ist First-line.
3. Amphetamine (Lisdexamfetamin, Dexamfetamin) sind off-label, wenn nicht zuvor ein Methylphenidat-Versuch erfolgte.
4. Unretardierte Formen nur zur Titration oder wenn mehr Flexibilität nötig ist.

BEHANDLUNG BEI SUD · KAPITEL 1.6

1. Gleichzeitig und gemeinsam behandeln (Ausnahme: akute Intoxikation oder schwerer Entzug).
2. Fortsetzung nur bei nachweisbarer Wirkung (ADHS, Konsum oder Funktionsniveau).
3. Bei Rückfall erst intensivierte Suchtbehandlung, nicht sofort absetzen.
4. Kontrollierte Abgabe und Verwahrung durch zuverlässige Dritte.
5. Wechselseitiges Routinescreening (Sucht bei ADHS und umgekehrt).

◆ S3-LEITLINIE DE · AWMF 028-045, Konsultationsfassung V2.0, Empf. 1.5.4 A / 1.5.3 / Kap. 1.6

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Konsultationsfassung Version 2.0, 2026. Inhaltlich deckungsgleich mit ICASA 2018.

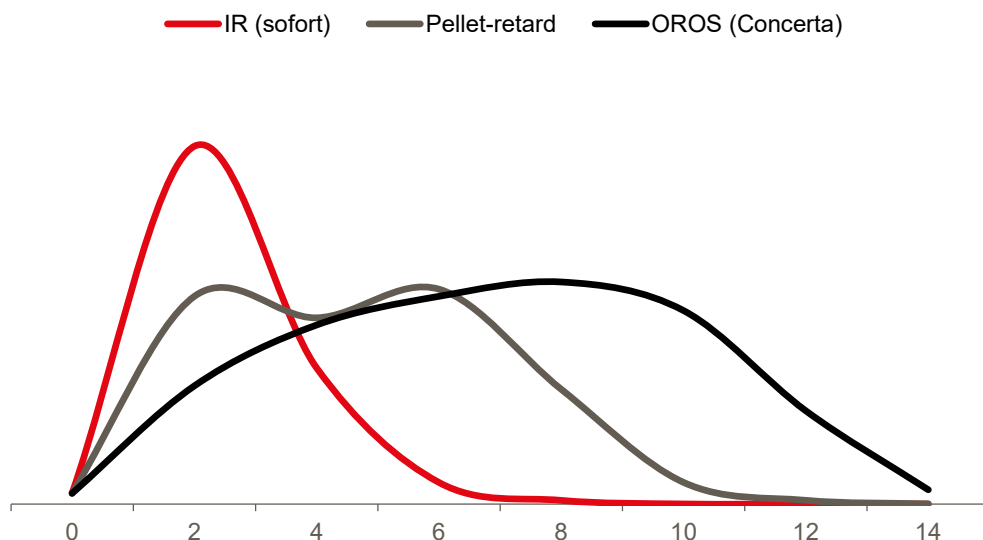
Dr. Dominik Diesing & Maren Ward, M.Sc. | Fachklinik Briesen

18.06.2026 | Stimulanzientherapie bei komorbider ADHS in der Suchtbehandlung

IR, retard und OROS im Vergleich

Freisetzungprofil von Methylphenidat und Verfügbarkeit in Deutschland

WIRKSTOFFSPIEGEL ÜBER DIE ZEIT (Stunden, schematisch)



Begriffshierarchie

„retard“ ist der Oberbegriff für alle verzögert freisetzenden Formen. Pellet-retard und OROS sind die zwei Bauarten davon.

IR · sofort freisetzend

3 bis 4 h

Medikinet, Ritalin als IR-Tablette. Rascher Peak, kurze Wirkung, Mehrfachgabe nötig.

Pellet-retard

6 bis 8 h

Medikinet retard und adult, Equasym retard, Ritalin LA. Zwei Gipfel aus Sofort- und Retard-Pellets.

OROS · osmotische Pumpe

ca. 12 h

Concerta und Kinecteen. Eine Retard-Bauart, ansteigendes Profil, kaum manipulierbar.

✓ IR, Pellet-retard und OROS bei Methylphenidat alle in DE verfügbar

Galenik nach Fachinformationen (Concerta/OROS, Medikinet adult, Equasym retard, Ritalin LA, Kinecteen). Lisdexamfetamin (Elvanse) = Prodrug statt Retard, Dexamfetamin (Attentin) nur als IR.

Was tun bei Rückfall?

Vorgehen nach der deutschen S3-Leitlinie ADHS bei erneutem oder fortgesetztem Konsum

Grundprinzip: Ein Rückfall ist KEIN automatischer Grund, die ADHS-Medikation abzusetzen.

ABLAUF BEI RÜCKFALL (EMPFEHLUNGEN KAP. 1.6.2)

- 1 Suchtbehandlung intensivieren**
Bei fortgesetztem Konsum zuerst die Suchtbehandlung verstärken (z.B. teilstationär oder stationär), nicht zuerst die ADHS-Medikation streichen.
- 2 Nutzen-Risiko erneut prüfen**
Fortführung nur, wenn die Medikation nachweislich wirkt: weniger ADHS-Symptome, überprüfbar weniger Konsum oder besseres Funktionsniveau.
- 3 Gabe und Verwahrung kontrollieren**
Sichtvergabe, kürzere Verordnungsintervalle und Verwahrung durch zuverlässige Dritte verstärken.
- 4 Gemeinsam und parallel behandeln**
Entscheidung zusammen mit der Suchttherapie, wechselseitiges Routinescreening fortführen.

ENTSCHEIDUNGSHILFEN

Absetzen erst, wenn ...

zusätzlich keine Veränderungsmotivation in Bezug auf den Konsum besteht. Dann sind die Voraussetzungen für die Weiterverordnung nicht mehr zweifelsfrei gegeben.

Bei Missbrauch oder Weitergabe

Auf eine Substanz ohne Missbrauchsrisiko umstellen: Atomoxetin oder Guanfacin. Achtung: auch Bupropion hat ein Missbrauchsrisiko.

Akute Intoxikation / schwerer Entzug

Vorrangig die Suchtbehandlung, ADHS-Pharmakotherapie zurückstellen.

◆ S3-LEITLINIE DE · AWMF 028-045, KF 2026 · Kap. 1.6.2 (Expertenkonsens, Zustimmung 100 %)

S3-Leitlinie ADHS (AWMF 028-045), Konsultationsfassung Version 2.0, 2026, Kapitel 1.6.2. Inhaltlich kompatibel mit ICASA 2018.

Dr. Dominik Diesing & Maren Ward, M.Sc. | Fachklinik Briese

18.06.2026 | Stimulanzientherapie bei komorbider ADHS in der Suchtbehandlung

Kardiovaskuläres Risiko und Monitoring

Substanzprofile, deutsche S3-Leitlinie und Hersteller-Monitoring

Substanz	Blutdruck	Herzfrequenz	Kardiales Hauptrisiko
Methylphenidat	↑ +2 bis +4 mmHg	↑ +4 bis +6 bpm	Hypertonie und Tachykardie, selten plötzlicher Herztod bei Vorschädigung
Lisdexamfetamin und Amphetamine	↑ +2 bis +4 mmHg	↑ +3 bis +6 bpm	wie Stimulanzien, Dosis-Spitzen höher, kontraindiziert bei symptomatischer Herz-Kreislauf-Erkrankung
Atomoxetin	↑ +2 bis +4 mmHg	↑ +5 bis +9 bpm	Anstieg von RR und Puls, Orthostase und Synkope, QTc, stärker bei CYP2D6-Poor-Metabolizer
Guanfacin	↓ ca. 5 mmHg	↓ ca. 5,5 bpm	Hypotonie, Bradykardie, Synkope, Rebound-Hypertonie beim Absetzen

MONITORING · Leitlinie und Hersteller gemeinsam

- **Vor Start**
Gezielte kardiale Anamnese und Familienanamnese (Synkope, Belastungsdyspnoe, plötzlicher Herztod) plus Blutdruck und Puls.
- **Kein Routine-EKG**
EKG nur bei kardialer Anamnese, auffälligem Befund oder familiärer Belastung (Long-QT, plötzlicher Herztod).
- **Unter Therapie**
Blutdruck und Puls bei jeder Dosisanpassung und mindestens alle 6 Monate.

GUANFACIN GESONDERT

Engmaschiger wegen Bradykardie und Hypotonie (Titration wöchentlich, erstes Jahr alle 3 Monate). Ausschleichen, höchstens 1 mg alle 3 bis 7 Tage, sonst Rebound-Hypertonie.

EINORDNUNG · seltene schwere Ereignisse

Absolute Risikoerhöhung höchstens 0,2 bis 0,4 Prozent (European Consensus). Mehrjährige Einnahme erhöht das relative Risiko dosisabhängig (AOR bis 1,27), vor allem über Hypertonie (Zhang 2024). Bei aktivem Kokain- oder Amphetaminkonsum addiert sich die kardiovaskuläre Belastung.

S3-Leitlinie ADHS AWMF 028-045 (2018 und Konsultationsfassung 2.0, 2026) · NICE NG87 · Kooij et al. 2019 · Zhang et al., JAMA Psychiatry 2024 · Fachinformationen (SmPC)

Dr. Dominik Diesing & Maren Ward, M.Sc. | Fachklinik Briese

18.06.2026 | Stimulanzientherapie bei komorbider ADHS

Welche Substanz für welchen Patienten?

Entscheidungsbaum für die Reha-Praxis

Patient:in mit komorbider ADHS — Indikation Stimulanzientherapie

WENN ...
Stimulanzien-Anamnese, Tic-Störung oder
ausgeprägte komorbide Angststörung

- Kein Diversionsrisiko
- Keine Tic-Verstärkung
- Bei Angst eher dämpfend
- Nicht BTM-pflichtig

Atomoxetin

1. Wahl

STANDARD ...
ohne die o. g. Konstellationen — der
häufigste Fall in der Reha

- Erste Wahl bei gemischtem Typ
- Beste Steuerbarkeit
- Retardform Standard
- Bei Wirkung nach 4–6 Wo:
weiter mit MPH

Methylphenidat (retard)

1. Wahl Standard

WENN ...
MPH unzureichend wirksam oder
ausgeprägte Impulsivität dominiert

- Höhere Effektstärke
- Lange Wirkdauer (~13 h)
- Prodrug-Schutz
- Bei Impulsivität überlegen

Lisdexamfetamin

2. Wahl / nach MPH

Der Algorithmus ersetzt nicht die individuelle Indikationsstellung. Er strukturiert die klinische Entscheidung und macht sie nachvollziehbar.



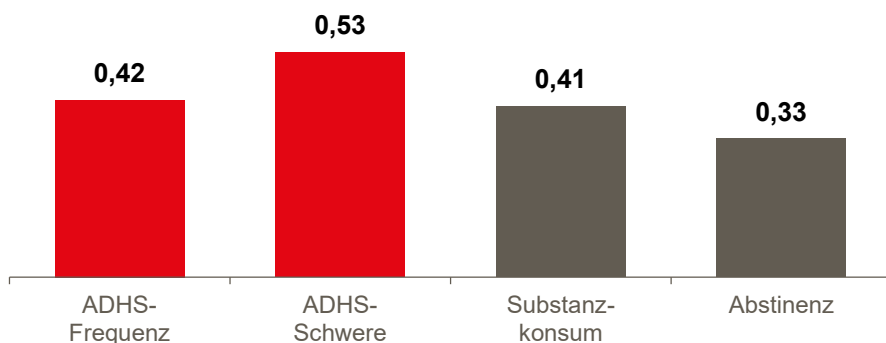
ADV
Rehabilitation und
Integration gGmbH

Danke für die Aufmerksamkeit!

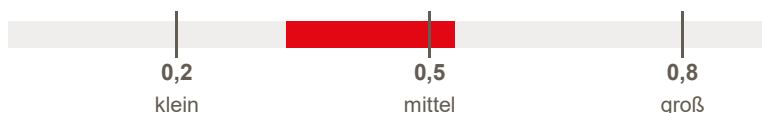
Wie stark wirkt die Pharmakotherapie?

Effektstärken der Metaanalyse, die SMD-Skala und der Widerspruch zu Cunill

EFFEKTSTÄRKEN (SMD) · FLUYAU 2021



WAS BEDEUTET SMD?



Die SMD misst den Effekt in Standardabweichungen statt in Punkten einer einzelnen Skala. So werden Studien mit verschiedenen ADHS-Fragebögen vergleichbar. Faustregel nach Cohen: 0,2 klein, 0,5 mittel, 0,8 groß. Die rote Spanne markiert den Fluyau-Bereich, also einen kleinen bis mittleren Effekt.

WIDERSPRUCH · ZWEITE METAANALYSE

Cunill et al. 2015 (13 RCTs, 1.271 Patienten) kommt bei den Suchtoutcomes zu einem anderen Ergebnis als Fluyau.

Zielkriterium	Fluyau 2021	Cunill 2015
ADHS-Symptome	Effekt 0,42 bis 0,53	bestätigt
Substanzkonsum und Abstinenz	Vorteil 0,33 bis 0,41	kein Vorteil
Therapieabbruch	nicht berichtet	kein Vorteil

AUFLÖSUNG

Eine wirkstofffreie Vorlaufphase senkt laut Cunill die Wirkung. Die Hochdosis-RCTs von Levin und Konstenius verbessern beide Bereiche. Unterdosierung erklärt die schwachen Durchschnittseffekte.

PRAXISFAZIT

Ausreichend hoch dosieren und immer mit der Suchtbehandlung kombinieren. Die Pharmakotherapie allein senkt den Konsum nicht zuverlässig.

Fluyau et al. 2021, Am J Addict (17 Studien). Cunill et al. 2015, J Psychopharmacol (13 RCTs, n=1271). Leitlinien: S3 ADHS (AWMF 028-045, KF 2026), ICASA 2018.

Dr. Dominik Diesing & Maren Ward, M.Sc. | Fachklinik Briese

18.06.2026 | Stimulanzientherapie bei komorbider ADHS in der Suchtbehandlung