

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

News-Screen Psychiatrie

Aigner M

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2025; 26 (3), 81-82

Homepage:

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in

EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Häufig Migräne?

Führen Sie ein Migränetagebuch und sprechen Sie mit Ihrem Neurologen.

Für das Migränetagebuch
Scan mich!



KOPF
KLAR

■ Evidenz der Therapie der ADHS im Erwachsenenalter: Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychological, and neurostimulatory interventions for ADHD in adults: a systematic review and component network meta-analysis

Ostinelli EG, et al. *Lancet Psychiatry* 2025; 12: 32–43

Abstract

Background: The comparative benefits and harms of available interventions for ADHD in adults remain unclear. We aimed to address these important knowledge gaps.

Methods: In this systematic review and component network meta-analysis (NMA), we searched multiple databases for published and unpublished randomised controlled trials (RCTs) investigating pharmacological and non-pharmacological interventions for ADHD in adults from database inception to Sept 6, 2023. We included aggregate data from RCTs comparing interventions against controls or any other eligible active intervention for the treatment of symptoms in adults (ages ≥ 18 years) with a formal diagnosis of ADHD. Pharmacological therapies were included only if their maximum planned doses were considered eligible according to international guidelines. We included RCTs of at least 1-week duration for medications, of at least four sessions for psychological therapies, and of any length deemed appropriate for neurostimulation. For RCTs of medications, cognitive training, or neurostimulation alone, we included only double-blind RCTs. At least two authors independently screened the identified records and extracted data from eligible RCTs. Our primary outcomes were efficacy (change in ADHD core symptom severity on self-rated and clinician-rated scales at timepoints closest to 12 weeks) and acceptability (all-cause discontinua-

tion). We estimated standardised mean differences (SMDs) and odds ratios (ORs) using random effects pairwise and component NMA, dismantling interventions into specific therapeutic components. This study was registered with PROSPERO (CRD42021265576). People with relevant lived experience were involved in the conduct of the research and writing process.

Findings: Of 32 416 records, 113 unique RCTs encompassing 14 887 participants were eligible for analysis (6787 [45.6%] females, 7638 [51.3%] males, 462 [3.1%] sex not reported). The RCTs encompassed pharmacological therapies (63 [55.8%] of 113 RCTs; 6875 participants), psychological therapies (28 [24.8%] of 113 RCTs; 1116 participants), neurostimulatory therapy and neurofeedback (ten [8.8%] of 113 RCTs; 194 participants), and control conditions (97 [85.8%] of 113 RCTs; 5770 participants). For reduction of ADHD core symptoms at 12 weeks on both self-reported and clinician-reported rating scales, atomoxetine (self-reported scale SMD -0.38, 95% CI -0.56 to -0.21; clinician-reported scale -0.51, -0.64 to -0.37) and stimulants (0.39, -0.52 to -0.26; -0.61, -0.71 to -0.51) had higher efficacy than placebo (Confidence in Network Meta-Analysis [CINeMA] ranging between very low and moderate). Cognitive behavioural therapy (-0.76, -1.26 to -0.26), cognitive remediation (-1.35, -2.42 to -0.27), mindfulness (-0.79, -1.29 to -0.29), psychoeducation (-0.77, -1.35 to -0.18),

and transcranial direct current stimulation (-0.78; -1.13 to -0.43) were better than placebo only on clinician-reported measures. Regarding acceptability, all therapeutic components were similar to placebo other than atomoxetine (OR 1.43, 95% CI 1.14 to 1.80; CINeMA moderate) and guanfacine (3.70, 1.22 to 11.19; high), which had lower acceptability compared with placebo. Baseline severity of self-reported ADHD core symptoms, year of publication, percentage of male individuals, and percentage of individuals with ADHD and another mental health condition did not explain the heterogeneity observed in unadjusted non-component models of self-reported ADHD core symptoms. Treatment length had little effect on heterogeneity.

Interpretation: Stimulants and atomoxetine were the only interventions with evidence of beneficial effects in terms of reducing ADHD core symptoms in the short term, supported by both self-reported and clinician-reported ratings. However, atomoxetine was less acceptable than placebo. Medications for ADHD were not efficacious on additional relevant outcomes, such as quality of life, and evidence in the longer term is underinvestigated. The effects of non-pharmacological strategies were inconsistent across different raters. Our network meta-analysis represents the most comprehensive synthesis of available evidence to inform future guidelines in the field.

Vergleichende Wirksamkeit und Akzeptanz pharmakologischer, psychologischer und neurostimulatorischer Interventionen bei ADHS bei Erwachsenen: eine systematische Übersichtsarbeit und Komponenten-Netzwerk-Metaanalyse

Hintergrund: Der vergleichende Nutzen und Schaden verfügbarer Interventionen für ADHS bei Erwachsenen ist weiterhin unklar. Ziel dieser Studie war es, diese wichtigen Wissenslücken zu schließen.

Methoden: In diesem systematischen Review und der Komponenten-Netzwerk-Metaanalyse (NMA) durchsuchten wir

mehrere Datenbanken nach veröffentlichten und unveröffentlichten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zu pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen für ADHS bei Erwachsenen vom Beginn der Datenbank bis zum 6. September 2023. Wir schlossen aggregierte Daten aus RCTs ein, die Interventionen mit Kontrollen oder anderen geeigneten aktiven Interventionen zur Behandlung von Symp-

tomen bei Erwachsenen (ab 18 Jahren) mit einer formalen ADHS-Diagnose verglichen. Pharmakologische Therapien wurden nur berücksichtigt, wenn ihre maximal geplanten Dosen gemäß internationalen Leitlinien als geeignet erachtet wurden. Wir schlossen RCTs mit einer Dauer von mindestens einer Woche für Medikamente, mit mindestens vier Sitzungen für psychologische Therapien und mit einer beliebigen Dauer für Neurostimulation ein. Für RCTs mit Medikamenten, kognitivem Training oder Neurostimulation allein schlossen wir nur doppelblinde RCTs ein. Mindestens zwei Autoren überprüften unabhängig voneinander die identifizierten Datensätze und extrahierte Daten aus geeigneten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs). Unsere primären Endpunkte waren Wirksamkeit (Veränderung des Schweregrads der ADHS-Kernsymptome auf Selbsteinschätzungs- und Arztbewertungsskalen zu Zeitpunkten, die am nächsten bei 12 Wochen lagen) und Akzeptanz (Abbruch jeglicher Ursache). Wir schätzten standardisierte Mittelwertdifferenzen (SMDs) und Odds Ratios (ORs) mithilfe von paarweisen Zufallseffekten und Komponenten-NMA, wobei wir die Interventionen in spezifische therapeutische Komponenten zerlegten. Diese Studie wurde bei PROSPERO (CRD42021265576) registriert. Personen mit einschlägiger Lebenserfahrung waren an der Durchführung der Forschung und am Schreibprozess beteiligt.

Ergebnisse: Von 32.416 Datensätzen waren 113 einzelne RCTs mit 14.887 Teilnehmern für die Analyse geeignet (6.787 [45,6 %] Frauen, 7.638 [51,3 %] Männer, 462 [3,1 %] Geschlecht nicht angegeben). Die RCTs umfassten **pharmakologische Therapien** (63 [55,8 %] von 113 RCTs; 6875 Teilnehmer), **psychologische Therapien** (28 [24,8 %] von 113 RCTs; 1116 Teilnehmer), **neurostimulierende Therapie und Neurofeedback** (zehn [8,8 %] von 113 RCTs; 194 Teilnehmer) sowie Kontrollbedingungen (97 [85,8 %] von 113 RCTs; 5770 Teilnehmer). Bei der Verringerung der Kernsymptome von ADHS nach 12 Wochen zeigten **Atomoxetin** (Selbstberichtsskala SMD -0,38, 95 % KI -0,56 bis -0,21; Arztberichtsskala -0,51, -0,64 bis -0,37) und **Stimulanzen** (0,39, -0,52 bis -0,26; -0,61, -0,71 bis -0,51) eine höhere Wirksamkeit als Placebo (das Vertrauen in die Netzwerk-Metaanalyse [CINeMA] lag zwischen sehr niedrig und mittel). **Kognitive Verhaltenstherapie** (-0,76, -1,26 bis -0,26), **kognitive Rehabilitation** (-1,35, -2,42 bis -0,27), **Achtsamkeit** (-0,79, -1,29 bis -0,29), **Psychoedukation** (-0,77, -1,35 bis -0,18) und **transkraniale Gleichstromstimulation** (-0,78; -1,13 bis -0,43) waren nur bei den vom Arzt berichteten Messungen besser als Placebo. Bezuglich der Akzeptanz waren alle therapeutischen Komponenten mit Placebo vergleichbar, mit Ausnahme von Atomoxetin (OR 1,43, 95 % KI 1,14 bis 1,80; CINeMA moderat) und Guanfacin (3,70, 1,22 bis 11,19; hoch), das eine geringere Akzeptanz im Vergleich zu Placebo aufwies. Der Ausgangsschweregrad der selbstberichteten ADHS-Kernsymptome, das Veröffentlichungsjahr, der Anteil männlicher Personen und der Anteil von Personen mit ADHS und einer weiteren psychischen Erkrankung erklärten nicht die in den nicht adjustierten Nichtkomponentenmodellen der selbstberichteten ADHS-Kernsymptome beobachtete Heterogenität. Die Behandlungsdauer hatte wenig Einfluss auf die Heterogenität.

Interpretation: Stimulanzen und Atomoxetin waren die einzigen Interventionen mit Hinweisen auf eine kurzfristige positive Wirkung hinsichtlich der Verringerung der ADHS-

Kernsymptome, gestützt durch sowohl selbstberichtete als auch klinisch-beurteilte Bewertungen. Atomoxetin war jedoch weniger akzeptabel als Placebo. ADHS-Medikamente waren hinsichtlich weiterer relevanter Endpunkte wie der Lebensqualität nicht wirksam und die Evidenz für eine längerfristige Wirkung ist unzureichend untersucht. Die Wirkungen nicht-pharmakologischer Strategien waren bei verschiedenen Bewertern inkonsistent. Unsere **Netzwerk-Metaanalyse** stellt die **umfassendste Synthese verfügbarer Evidenz** dar, die als Grundlage für zukünftige Leitlinien in diesem Bereich dienen kann.

Fazit für die Praxis

In Lancet Psychiatry wurde 2025 eine Netzwerk-Meta-Analyse zur ADHS-Therapie im Erwachsenenalter publiziert. Die Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter basiert bisher vorwiegend auf Evidenz aus Kurzzeit-RCTs. Unklar war lange, welche pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen tatsächlich die stärkste Wirksamkeit und beste Akzeptanz zeigen.

In dieser Arbeit wurden 113 randomisierte kontrollierte Studien mit knapp 15.000 Erwachsenen in einer Komponenten-Netzwerk-Metaanalyse ausgewertet. Primäre Endpunkte waren Symptomveränderung (Selbst- und Fremdrating) und Therapieakzeptanz (Abbruch aus jeglichem Grund).

Die Arbeit zeigt, dass Stimulanzen (Methylphenidat, Amphetamine) und **Atomoxetin** die einzigen Interventionen sind, die **konsistente, klinisch relevante Verbesserungen** der Kernsymptome im Vergleich zu Placebo bringen, mit moderaten **Effektstärken** (SMD ca. -0,4 bis -0,6). Die **Akzeptanz** von Stimulanzen ist vergleichbar mit Placebo, **Atomoxetin und Guanfacin** sind mit miterhöhter Abbruchrate verbunden. **Nicht-pharmakologische Verfahren** (CBT, Psychoedukation, tDCS etc.) zeigten nur in **Fremdratings** Vorteile, nicht jedoch in **Selbstratings**. Für die **Lebensqualität und den Langzeitnutzen** gibt es keine belastbare Evidenz.

Für die Praxis bestätigt sich, dass **Stimulanzen die First-line-Behandlung** im Erwachsenenalter, mit **Atomoxetin** als Alternative bei Kontraindikationen oder Missbrauchsrisiko, bleiben. **Nicht-medikamentöse Verfahren** sind als **Add-on** sinnvoll, aber nicht als alleinige Erstlinienstrategie. Das **Monitoring** von Blutdruck und Puls ist obligat, da die kardiovaskuläre Sicherheit weiterhin ein zentrales Thema bleibt.

Langfristige Wirksamkeit und Lebensqualität sollten stärker in zukünftigen Studien untersucht werden – aktuell müssen diese Aspekte klinisch individuell bewertet werden.

Die Netzwerk-Metaanalyse von 2025 in Lancet Psychiatry festigt die Rolle von **Stimulanzen** als Goldstandard in der Erwachsenen-ADHS. Für die klinische Praxis bedeutet das: Medikamente sind wichtig für die Kernsymptome, begleitende psychotherapeutische Verfahren können Funktion und Adhärenz unterstützen – die Kombination bleibt daher oft der pragmatischste Ansatz.

Korrespondenzadresse:

Prim. Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Aigner

Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psycho-Therapie

Universitätsklinikum Tulln

Karl-Landsteiner-Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften

A-3430 Tulln, Alter Ziegelweg 10

E-Mail: martin.aigner@tulln.lknoe.at



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere
zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)