



Kurz gefasst

Trotz steigender Sichtbarkeit und Diagnosezahlen wird ADHS weiterhin oft übersehen und bleibt insbesondere bei Erwachsenen, Frauen sowie Menschen mit stark kompensierten Verläufen oft unerkannt. Dabei hat ADHS einen massiven Einfluss auf nahezu alle Lebensbereiche. Ein Verständnis des neuropsychologischen Erklärungsmodells erleichtert die Einordnung der stark schwankenden Performanz bei ADHS und unterstützt die Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen. Bei der Diagnostik liegt der Fokus auf dem diagnostischen Interview und der Differenzialdiagnostik. Andere Methoden können zusätzliche Information liefern, sind aber oft nicht notwendig und können Diagnostizierende unnötig verunsichern. Dabei ist eine sorgfältige Diagnostik auch mit einfachen Mitteln umsetzbar. Ein möglichst frühzeitiges Erkennen von ADHS kann die Behandlung komorbider Störungen sowie den weiteren Lebensverlauf nachhaltig verbessern. Keywords: ADHS bei Erwachsenen, ADHS-Erklärungsmodell, ADHS-Diagnostik, Differenzialdiagnostik


 Anastasia Ruhrländer

Adulte ADHS – Erklärungsmodell und Diagnostik

ADHS im Erwachsenenalter wird häufig übersehen. Dieser Beitrag beleuchtet aktuelle Erklärungsmodelle, diagnostische Besonderheiten und die Bedeutung einer fundierten Differenzialdiagnostik.

ADHS – eine Modediagnose?

In den letzten Jahren ist die Aufmerksamkeit für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sprunghaft angestiegen. In diesem Zuge wird oft die Befürchtung geäußert, ADHS würde inflationär diagnostiziert werden. Versicherungendaten der AOK zeigen in der Tat eine Steigerung der Diagnosezahlen bei Erwachsenen von 0,1 % (2006) auf 0,5 % (2023). Vergleichen wir dies mit der tatsächlichen Prävalenz von ADHS bei Erwachsenen, liegt diese allerdings mit 2,8 % (Fayyad et al., 2017) weit darüber. Statt Überdiagnostik gibt es einen erheblichen Nachholbedarf, insbesondere bei Erwachsenen (Rivas-Vazquez et al., 2023), Mädchen und Frauen (Hinshaw et al., 2022) sowie Gruppen, die von Marginalisierung betroffen sind, wie People of Color (Cocker et al., 2016; Feng et al., 2024).

ADHS – eine Stärke?

Während ADHS im ICD und DSM als neurologische Entwicklungsstörung klassifiziert wird, postuliert die Jäger-und-Sammler-Theorie, dass ADHS lange Zeit eine funktionale Entwicklungsvariante gewesen sein kann (Swanepoel et al., 2017): Reizoffenheit kann bedeuten, Gefahren und Chancen schnell zu erkennen und schnelles Handeln konnte überlebenswichtig sein. In unserer modernen reizüberfüllten Welt ist es dagegen wichtiger geworden, Reize auszublenden. Sitzende Tätigkeiten und die Fähigkeit, langfristig zu planen, werden eher belohnt. Nach dieser Theorie wäre es weniger das ADHS an sich, sondern eher die Nicht-Passung zur Umwelt, die zu Einschränkungen führt.

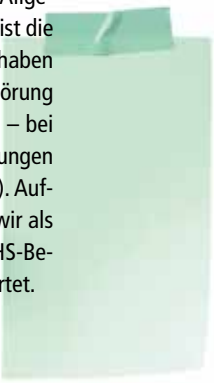
ADHS – ein Problem?

Leider können wir die Reizfülle unserer heutigen Welt nur begrenzt reduzieren, ebenso wenig die Notwendigkeit langer Ausbildungswege und Bürokratie. Realistischerweise geht ADHS in unserer heutigen Welt sowohl mit tatsächlichen Stärken als auch mit massiven Einschränkungen einher. Unbehandelte ADHS kann weitreichende Folgen für Betroffene und die Gesellschaft haben: Etwa 70 % der Betroffenen haben mindestens eine psychische Komorbidität (Bron et al., 2016), wobei diese häufiger wiederkehrend, anhaltend, schwer und behandlungsresistent verlaufen (Katzman et al., 2017). Außerdem erhöht ADHS das Risiko für akademisches und berufliches Scheitern, Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Scheidungen, Verkehrsunfälle (Katzman et al., 2017) und eine um knapp zehn Jahre reduzierte Lebenserwartung (O’Nions et al., 2025).

Möglichst frühzeitiges Erkennen und Behandeln der ADHS hat Einfluss auf nahezu alle Lebensbereiche.

ADHS in unseren Praxen

Während circa 3 % der Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung von ADHS betroffen sind, ist die Prävalenz in anderen Gruppen höher. So haben Erwachsene mit irgendeiner psychischen Störung in etwa 10-15 % der Fälle auch eine ADHS – bei chronisch verlaufenden psychischen Störungen sind es sogar 20-25 % (Kessler et al., 2006). Aufgrund der häufigen Komorbiditäten haben wir als Psychotherapeut*innen deutlich mehr ADHS-Betroffene in Behandlung, als allgemein erwartet.



Möglichst frühzeitiges Erkennen und Behandeln der ADHS hat Einfluss auf nahezu alle Lebensbereiche: Weniger komorbide psychische Störungen, bessere Behandlungserfolge, verbesserte akademische und berufliche Leistung, weniger zwischenmenschliche Konflikte, geringeres Risikoverhalten, verbessertes Fahrverhalten und insgesamt eine deutlich bessere Alltagsbewältigung und Lebensqualität (Katzman et al., 2017; Shaw et al., 2012).

Ätiologie

ADHS ist primär neurobiologisch bedingt: Dabei gehen über 76 % der Varianzaufklärung auf genetische Faktoren zurück, relevante Umweltfaktoren sind perinatale Umweltfaktoren, welche die Gehirnreifung beeinflussen (z. B. Toxine in der Schwangerschaft, Geburtskomplikationen), auch frühe massive Deprivation beeinflusst die Gehirnreifung. Dagegen hat Erziehungsverhalten per se keinen belegbaren Einfluss auf die Entstehung von ADHS, wenngleich psychosoziale Bedingungen den Verlauf moderieren können (S3-Leitlinie für ADHS, AWMF, 2017).

Neuropsychologisches Erklärungsmodell

Auf neurobiologischer Ebene zeigen sich bei ADHS geringere Volumina und Aktivität im frontoparietalen sowie frontostriatalen Netzwerk, welche für Funktionen wie Aufmerksamkeits- und Verhaltenssteuerung zuständig sind. Neurochemisch ist bei Betroffenen die Verfügbarkeit von Dopamin und Noradrenalin reduziert (vgl. Übersicht Kirsch & Haible-Baer, 2021). Im RuheeEG zeigt sich eine fronto-zentrale Erhöhung von Theta-Wellen (Clarke et al., 2020), welche mit Müdigkeit und Unaufmerksamkeit assoziiert sind. Kurz gesagt, das Gehirn von ADHS-Betroffenen ist unterstimuliert.

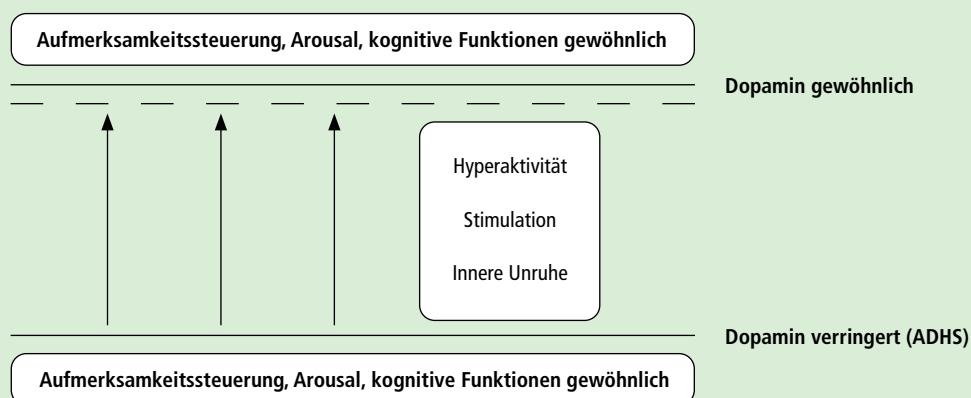
Eine neuronale Unterstimulation als zentrales Merkmal von ADHS erscheint im Hinblick auf hyperaktiv-impulsive Symptomatik zunächst paradox. Um das zu verstehen, kann es hilfreich sein, die Hyperaktivität nicht als primäres ADHS-Symptom zu sehen, sondern als Coping-Strategie. Abbildung 1 zeigt: Um der Unterstimulation entgegenzuwirken, erzeugen Menschen mit ADHS vermehrte Aktivität, Bewegung und Unruhe – und damit Stimulation, um sich in einen geistig ausgeglicheneren Zustand zu bringen. Dies geschieht oft unbewusst – subjektiv fühlt es sich für Betroffene einfach angenehmer an, in Bewegung zu bleiben.

Für das Verständnis von ADHS kann es also bedeutsam sein, Hyperaktivität als Coping-Versuch zu verstehen. Dadurch können erhebliche Schwankungen in der Performanz erklärt werden, die oft zu Zweifeln bezüglich der ADHS-Diagnose führen. Dabei sind spezifische Schwankungen in der Performanz zentraler Bestandteil von ADHS, so wird auch im DSM-5 (APA, 2013) erläutert: ADHS-Symptomatik kann situationsbedingt minimal oder gänzlich fehlend sein, insbesondere in bestimmten Kontexten: häufige Belohnung, neue Situationen, interessante Aktivitäten, andauernde Anregung von außen, engmaschige Kontrolle und Interaktion mit nur einem Menschen. Die erstgenannten Kontexte können wir mit Stimulation zusammenfassen, die beiden letztgenannten Kontexte mit einer angepassten Struktur erklären – hier wird die exekutive Steuerung von außen übernommen.

Daher kann es sein, dass sich wenig oder keine ADHS-Symptomatik zeigt, wenn Menschen mit ADHS sich in hochstimulierenden oder hochstrukturierten Situationen befinden. In gewöhnlichen Alltagssituationen kommt die ADHS-Symptomatik dann vermehrt zum Vorschein.

Für das Verständnis von ADHS kann es also bedeutsam sein, Hyperaktivität als Coping-Versuch zu verstehen.

Abbildung 1: Hyperaktivität als Coping-Strategie



ADHS-Differenzialdiagnostik

Die Kenntnis ADHS-spezifischer Schwankungen in der Performanz hilft uns bei der Differenzialdiagnostik. Beispielsweise können wir Betroffene fragen, wovon genau sie abgelenkt sind und in welchen Situationen die Ablenkbarkeit besonders ausgeprägt ist. So würden wir bei einer Depression Ablenkungen durch kreisende negative Gedanken erwarten, bei einer Angststörung Ablenkungen durch angstbesetzte Stimuli, bei Trauma durch Trigger. Bei ADHS springen Gedanken eher

Die Kenntnis ADHS-spezifischer Schwankungen in der Performanz hilft uns bei der Differenzialdiagnostik.

zu banalen und interessanten Außenreizen und Ideen. Zudem würden wir bei ADHS

erwarten: Je monotoner und weniger strukturiert die Situation, umso stärker die Ablenkbarkeit. So ähnlich können wir auch bezogen auf weitere Störungen prüfen, ob ein bestimmtes Kriterium eher im Rahmen einer komorbiden Störung, oder im Rahmen von ADHS, oder durch beide erklärt werden kann.

ADHS oder unauffälliges Verhalten?

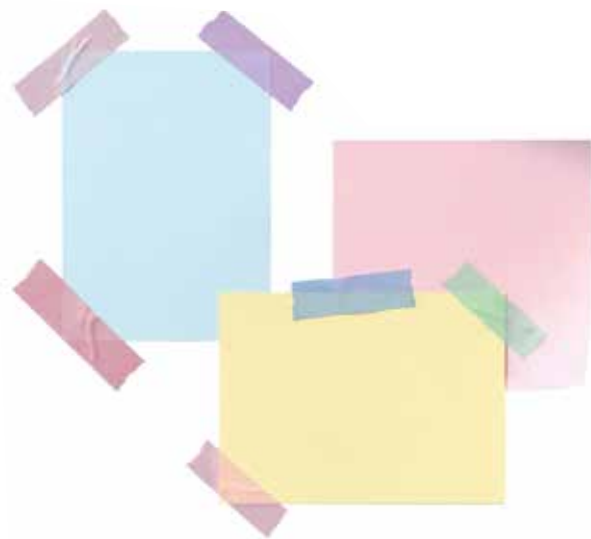
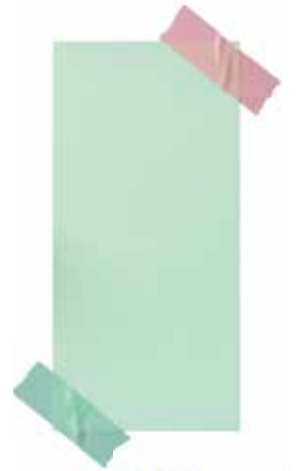
ADHS-Merkmale sind zunächst Erlebens- und Verhaltensweisen, die alle Menschen gelegentlich erleben, insbesondere in Zeiten hoher Belastung. Bei ADHS sind dies keine gelegentlichen Phänomene, sondern sie prägen als tägliche Begleiter den gesamten Alltag und ziehen sich wie ein roter Faden durch die Lebensbiografie. Durch hohe Belastungen kann die Symptomatik exazerbieren, aber die Merkmale zeigen sich ebenso in Zeiten ohne besondere Belastung.

ADHS und Überkompensation

Es wurde bereits beschrieben, dass außergewöhnlich hohe Struktur und engmaschige Kontrolle dazu führen können, dass ADHS-Symptomatik kaum sichtbar wird und eine betroffene Person daher auf den ersten Blick unauffällig wirkt. Das betrifft insbesondere Menschen mit ADHS, die weiblich sozialisiert sind, aus kollektivistischen Kulturkreisen stammen, oder Menschen, die aus anderen Gründen versuchen, nicht aufzufallen. Hier prägt weniger die typische ADHS-Symptomatik den Alltag, sondern die Kompensation. Zentral ist ein unverhältnismäßig hoher Aufwand, der betrieben wird, um Symptome zu vermeiden. Unverhältnismäßigkeit kann heißen, dass das Verhalten zwanghaft anmutet: Beispielsweise wird jeder Eintrag beim Ausfüllen eines Formulars, jede E-Mail, jede Mengenangabe bei Rezepten etc. mehrfach überprüft. Im Gegensatz zu zwanghaften Verhalten erwarten wir, dass wenn die übermäßige Kompensation fallen gelassen wird, die befürchteten Fehler nicht nur in der Vorstellung, sondern auch tatsächlich im Übermaß auftreten – in anderen Worten, ohne die außergewöhnliche Struktur/Kontrolle zeigt sich die typische ADHS-Symptomatik.

Late-onset ADHD?

ADHS-Merkmale müssen bereits seit der Kindheit, vor dem 12. Lebensjahr, vorgelegen haben. Dabei wird seit dem DSM-5 bewusst von Merkmalen gesprochen, nicht mehr von Beeinträchtigungen. Gerade begabte, angepasste oder gut unterstützte Kinder können wenig oder keine Beeinträchtigung erfahren haben. Diese kann erst zu einem späteren Zeitpunkt auftreten, wenn die bisherigen Ressourcen zur Kompensation nicht mehr ausreichen. Oft geschieht dies in Schwellensituationen wie Umzug, Aufnahme einer neuen Ausbildung oder Arbeit, Elternschaft – insbesondere Mutterschaft, Menopause oder Berentung. Wichtig ist, dass wir in diesen Fällen prüfen, ob schon in der Kindheit relevante ADHS-Merkmale festgestellt werden können, selbst wenn diese noch nicht beeinträchtigend gewesen sein müssen.



Methoden für die ADHS-Diagnostik

Laut S3-Leitlinie gilt: Die Beurteilung der ADHS-Kriterien im Erwachsenenalter basiert primär auf den Angaben der betroffenen Person, die diese im Rahmen der Exploration macht. Daher reicht es, die diagnostischen Kriterien für ADHS mit der betroffenen Person abzuklären und dabei die Differenzialdiagnostik zu beachten – beispielsweise in Form eines strukturierten diagnostischen Interviews.

Weitere Methoden wie Fragebögen, Aufmerksamkeitstestung oder Fremdanamnese sind optional und weniger aussagekräftig als das Interview. ADHS sollte daher nicht ausgeschlossen werden, weil ein Fragebogen für die Kindheit unter dem Cut-off liegt – dies ist insbesondere bei gut kompensiertem, stillem ADHS häufig der Fall.

Fragebögen, Aufmerksamkeitstestung oder Fremdanamnese sind optional und weniger aussagekräftig als das Interview.

Darüber hinaus sind Aufmerksamkeits-tests nicht geeignet, um ADHS von anderen

Störungen und von unauffälligem Verhalten zu differenzieren (S3-Leitlinie ADHS, AWMF, 2017). Auch eine Fremdanamnese ist im Erwachsenenalter nicht zwingend notwendig – im Gegensatz zur Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. Zudem gilt in der klinischen Entscheidungsfindung der Grundsatz: Bei gegensätzlichen Informationen zählt im Zweifelsfall die Eigenanamnese (Kooij et al., 2019). Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn es um Symptome der Unaufmerksamkeit geht, welche sich überwiegend internal äußern und nicht unbedingt für das Umfeld sichtbar werden müssen, wie es bei hyperaktiv-impulsiver Symptomatik der Fall ist. Daher können auffällige Kommentare in Grundschulzeugnissen unter Umständen gänzlich fehlen.

Für eine gesicherte Diagnose ist wichtig, dass ein lebenslanges Muster von ADHS-Merkmalen seit der Kindheit deutlich wird und die Diagnosekriterien anhand von vielfältigen Beispielen, die sich durch das Leben der Betroffenen ziehen, bestätigt werden können. Hierbei soll insbesondere abgegrenzt werden, ob die Beispiele ADHS-typisch sind und nicht besser durch eine andere Störung erklärt werden können.

Fazit

Die Kenntnis der ADHS-Diagnose ist für Betroffene und deren Behandelnde oft von zentraler Bedeutung. Das Vorhandensein komorbider Störungen ist eher die Regel als die Ausnahme und schließt eine fundierte ADHS-Diagnostik nicht aus. Im Gegenteil, die Kenntnis und Behandlung einer ADHS hat oft großen Einfluss auf den Behandlungserfolg auch komorbider Störungen. Eine ADHS-Diagnostik benötigt neben einem Interview keine speziellen Apparaturen oder Materialien, ist nach einer Einarbeitung in die Thematik von allen Psychotherapeut*innen durchführbar und hat einen großen Mehrwert für Betroffene und für die Psychotherapie.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Anastasia Ruhrländer

Psychologische Psychotherapeutin mit ADHS-Schwerpunktpraxis in Berlin. Engagement in der Aufklärungsarbeit und Bereitstellung von frei verfügbaren ADHS-Psychoedukationsmaterialien, zudem Durchführen von Fortbildungen zum Thema ADHS im Erwachsenenalter für approbierte Kolleg*innen.

Literaturverzeichnis

Anastasia Ruhrländer

Adulte ADHS – Erklärungsmodell und Diagnostik

Psychotherapie **Aktuell**

Ausgabe 3.2026

ISSN 1869-033

-
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5®. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- AWMF (2017). Langfassung der interdisziplinären und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. Veröffentlicht
- Bron, T. I., Bijlenga, D., Verduijn, J., Penninx, B. W., Beekman, A. T., & Kooij, J. S. (2016). Prevalence of ADHD symptoms across clinical stages of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 197, 29-35.
- Clarke, A. R., Barry, R. J., & Johnstone, S. (2020). Resting state EEG power research in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A review update. *Clinical Neurophysiology*, 131(7), 1463-1479.
- Coker, T. R., Elliott, M. N., Toomey, S. L., Schwebel, D. C., Cuccaro, P., Tortolero Emery, S., ... & Schuster, M. A. (2016). Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis and treatment. *Pediatrics*, 138(3).
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & Kessler, R. C. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9, 47-65.
- Feng, A., O'Neill, S., & Rostain, A. L. (2024). Contributors to Underdiagnosis of ADHD among Asian Americans: A Narrative Review. *Journal of Attention Disorders*, 28(12), 1499-1519.
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496.
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-15.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kirsch, P. & Haible-Baer, N. (2021). Therapie-Tools ADHS im Erwachsenenalter. Weinheim: Beltz.
- Kooij, J. J. S., Francken, M. H., Bron, A., & Wynchank, D. (2019). DIVA-5: Diagnostisches Interview für ADHS bei Erwachsenen (deutsche Ausgabe). DIVA Foundation.
- O'Nions, E., El Baou, C., John, A., Lewer, D., Mandy, W., McKechnie, D. G., ... & Stott, J. (2025). Life expectancy and years of life lost for adults with diagnosed ADHD in the UK: matched cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 226(5), 261-268.
- Rivas-Vazquez, R. A., Diaz, S. G., Visser, M. M., & Rivas-Vazquez, A. A. (2023). Adult ADHD: Underdiagnosis of a treatable condition. *Journal of health service psychology*, 49(1), 11-19.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC medicine*, 10(1), 99.
- Swanepoel, A., Music, G., Launer, J., & Reiss, M. J. (2017). How evolutionary thinking can help us to understand ADHD. *BJPsych Advances*, 23(6), 410-418.