ADHS bei Frauen & Hormone: Einflüsse und Herausforderungen im Lebensverlauf

Spektrakel 12.9.26

Stand 26.7.2026

Dr. Günther Endrass, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie, Grünstadt

Interessenkonflikte (nach AWMF)

- Honorare für Vorträge Shire/Takeda und Medice Arzneimittel Pütter GmbH
- Keine finanziellen Zuwendungen für Studien
- Keine Eigentümerinteressen an Arzneimitteln/Medizinprodukten
- Kein Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds
- Keine persönlichen Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft

TEIL 1

Basics ADHS

Krankheitshäufigkeit (Prävalenz)

Schätzungen zufolge haben weltweit 3 von 100 Erwachsenen eine ADHS[1]

- Häufigkeit bei Kindern: 5,3 % weltweit.
- Geschätzte Häufigkeit in Deutschland der erwachsenen ADHS 3 -5 % (davon nach aktuellen Daten maximal 10 % behandelt).
- Diese Häufigkeit ist höher als andere, relevante Erkrankungen der Psychiatrie z.B. Zwangsstörungen (1.5 – 3.6 %) oder Posttraumatische Störungen (1.7.- 2.2 %), Schizophrenie (1%)

Erblichkeit und Verlauf

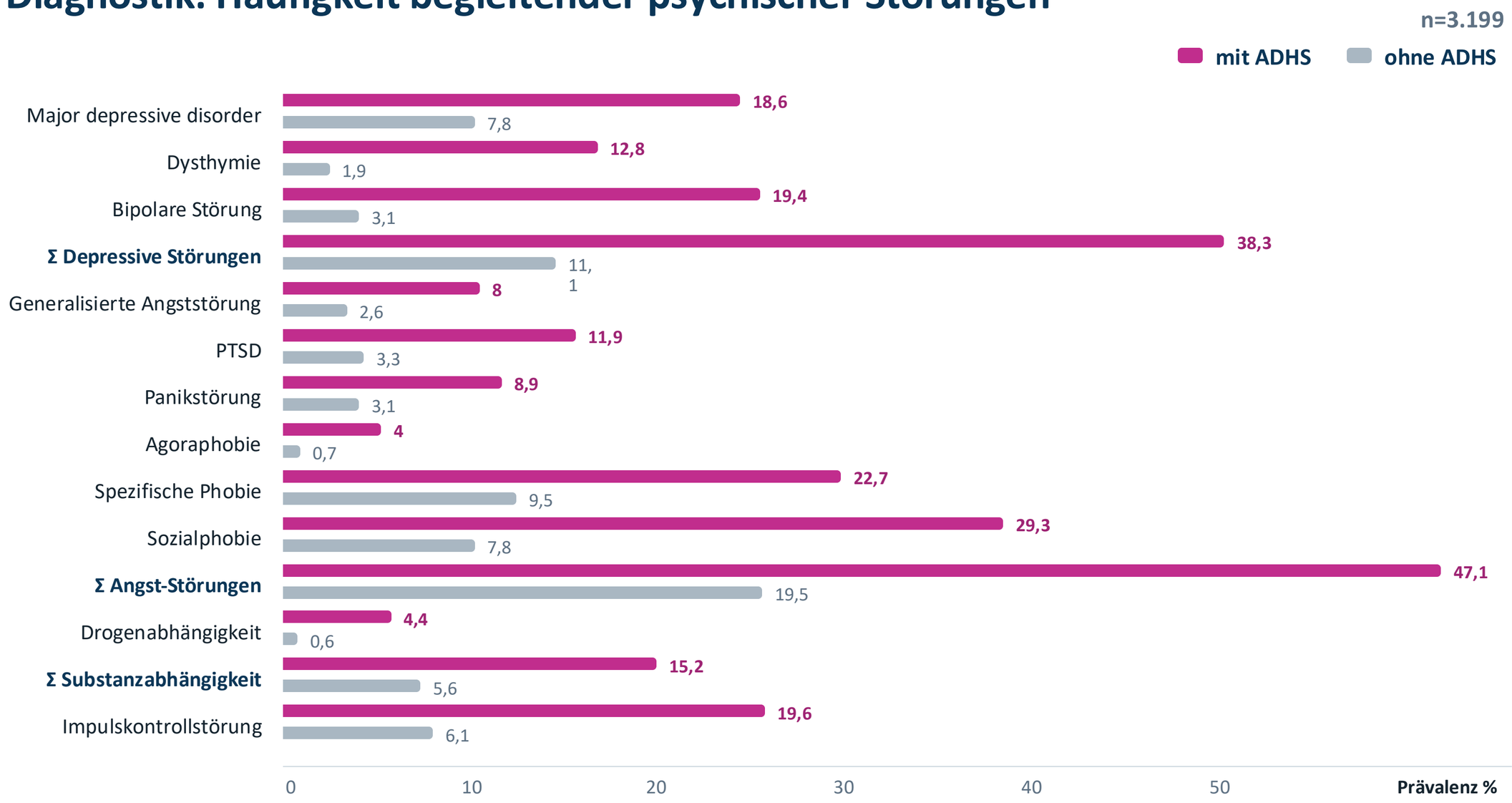
Mit ca. 76 % gehört die ADHS zu den psychischen Erkrankungen mit der höchsten Erblichkeit mit 60 – 90% [3]

Ca. 40 % der Kinder mit ADHS haben mindestens ein Elternteil mit klinischen ADHS-Symptomen. Genetische Faktoren sind die Hauptursache für ADHS. Geschwister und Eltern haben ein 5-10fach erhöhtes Risiko ebenfalls betroffen zu sein [4]

Bei bis zu zwei Dritteln der Kinder mit ADHS hält die Störung bis ins Erwachsenenalter an. [1,5-7]

ADHS ist keine Kinderkrankheit,[8] sondern hält je nach Studie bei ca. 46–66 % der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter an, also ca. die Hälfte. [1,5-7]

ADHS – Diagnostik: Häufigkeit begleitender psychischer Störungen



Modifiziert nach: Kessler et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry 2006;163:716-723.

Mögliche Folgen einer unbehandelten ADHS - außerhalb der Psychiatrie

Gesundheitliche Probleme und Komorbiditäten [1–5]

Geschlechtskrankheiten, Substanzmissbrauch/ Abhängigkeit, Dentalkrankheiten, Übergewicht/Essstörungen, Schlafstörungen

Zwischenmenschliche und familiäre Probleme

Kurze Beziehungen, Wechselnde Partner, Scheidungen/Trennungen, Geschwisterrivalität, Erziehungsprobleme, Häufige Beziehungsabbrüche, Scheidung

Geringer beruflicher Erfolg [1,6,15–17]

Arbeitslosigkeit, Kündigungen/Probleme am Arbeitsplatz, Häufige Arbeitsplatzwechsel, Niedriges Einkommen

Niedrige schulische und akademische Abschlüsse [1,6,15]

Verkehrsvergehen und riskantes Fahrverhalten [1,8,11,15]

ca. 4-fach häufigere und schwerere Verkehrsunfälle.

Unzureichende Impulskontrolle, erhöhte Risikobereitschaft und Kriminalität [18]

Niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität

Erhöhte Todesfälle[12]

1. American Psychiatric Association. DSM-5 2013;59–66; 2. Barkley & Russell. J Clin Psych 2002;63:10–15; 3. Cortese et al. Crit Rev Food Sci Nutr 2008;48:524–37; 4. Fasmer et al. BMC Psychiatry 2011;11:128; 5. Hughes et al. BMC Psychiatry 2014;14:370; 6. Kooij et al. BMC Psychiatry 2010;10:67; 7. Grenwald-Mayes. J Atten Disord 2002;5:211–22; 8. Gudjonsson et al. J Atten Disord 2009;12:507–15; 9. O'Callaghan, Sharma. J Atten Disord 2014;18:654–58; 10. Lensing et al. J Atten Disord 2015;19:405–13; 11. Brod et al. Health Qual Life Outcomes 2012;10:47; 12. Aduen et al. J Psychiatr Res 2015;64:59–66; 13. Barkley et al. J Int Neuropsychol Soc 2002;8:655–72; 14. Dalsgaard et al. Lancet 2015;385:2190–96; 15. Biederman et al. J Clin Psychiatry 2006; 67:524–40; 16. Shifrin et al. J Atten Disord 2010;13:489–496; 17. de Graaf et al. Occup Environ Med 2008;65:835–842; 18. Knecht et al. Int J Adolesc Med health 2015;27:163–75.

US-amerikanische ADHS-Experte Russell Barkley stellte im Jahr 2002 in seiner «Internationalen Konsensuserklärung» trocken fest:

«ADHS ist keine gutartige Störung.»

> **Männer: etwa 6,8 Jahre kürzer. Frauen: etwa 8,6 Jahre kürzer.**

Das Konzept von Basisstruktur zu Basisstörung/Strukturstörung von ADHS (analog bei ASS) auf Basis der Neuronale Entwicklungsstörungen „Neurodevelopmental disorder“ im amerikanischen und WHO Diagnosesystem (DSM-5, ICD-11)

Die Basisstruktur

Das Gehirn wird nicht erst im Denken „geformt“, sondern seine Grundbaupläne entstehen schon vor der Geburt durch genetische Entwicklungsprogramme. Diese Programme legen die spätere Organisation von Wahrnehmung, Bewegung, Gedächtnis, Emotion und Kognition als hierarchisches Netzwerk fest.

Basisstörung

Bei ADHS beschreibt „Basisstörung“ die Vorstellung, dass die klinisch relevante Kernproblematik in einer neurobiologischen Regulationsstörung liegt, die sich in Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität zeigt.

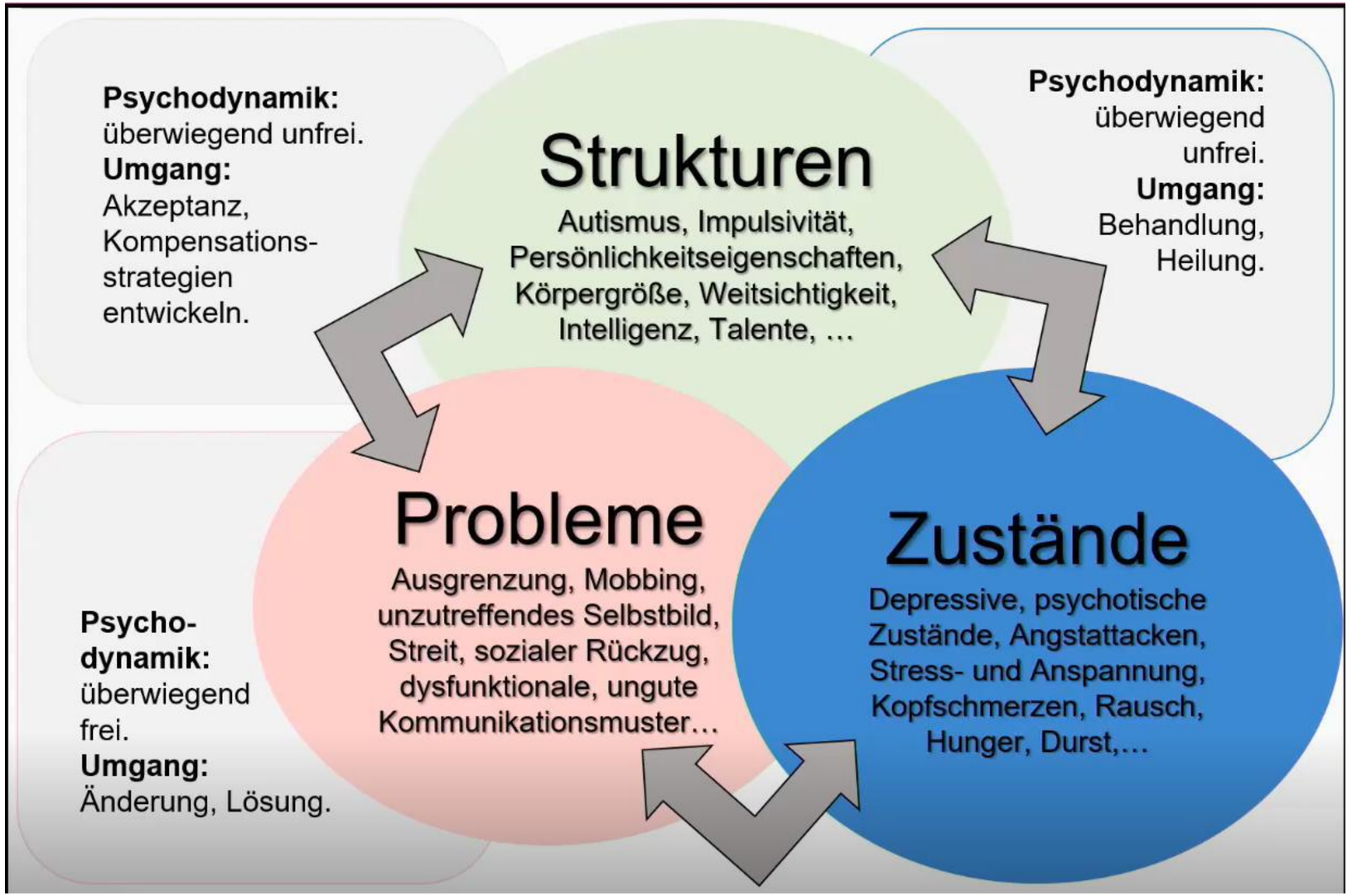
Konsequenz: Bei ADHS (wie auch ASS) spricht man bei relevanten Krankheitssymptomen von Basisstörung = Strukturstörung als biologisch-genetisches Lebensschicksal.

Konsequenz der überwiegend neurobiologische Ursache

- Charakteristische Symptome beginnen in der Kindheit (1.Lebensjahrzehnt bzw. 12 LJ bei ADHS) und können bis ins Erwachsenenalter persistieren
- Spezifische Reifestörung/Strukturstörungen des Gehirns sind multifaktoriell bedingt durch Genetik mehr als durch Umweltfaktoren. Dies so wie Körpergröße, IQ, … Weitsichtigkeit - korrigierbar durch Brille, keine Störung mehr, aber Struktur bleibt erhalten)
- Strukturbedingt kommt es zu reduzierter Anpassungsfähigkeit und dadurch erhöht zur Entstehung von Stress, depressiver Stimmung, Ängsten, Selbstwert-/Persönlichkeitsproblemen, Mobbing.
- Dadurch entsteht eine Basisstörung/Strukturstörung mit sekundären Problemen und Zuständen bzw. begleitenden Krankheiten, wie Depression, Angststörungen, Süchte usw.

Wichtig: Strukturen sind nicht änderbar (Körpergröße auch nicht). Veränderungsversuche der Grundstruktur (gilt nicht für ADHS-Symptome, da sehr effektive Medikamente vorhanden) führen zu Frustration bei Betroffenen/Therapeuten. Es ist nur eine bessere Anpassung möglich durch mühsames mentales Arbeiten und Lernen auch im Rahmen einer Psychotherapie.

Heuristisches Modell der Diagnosen bei ADHS und noch ausgeprägter bei ASS.



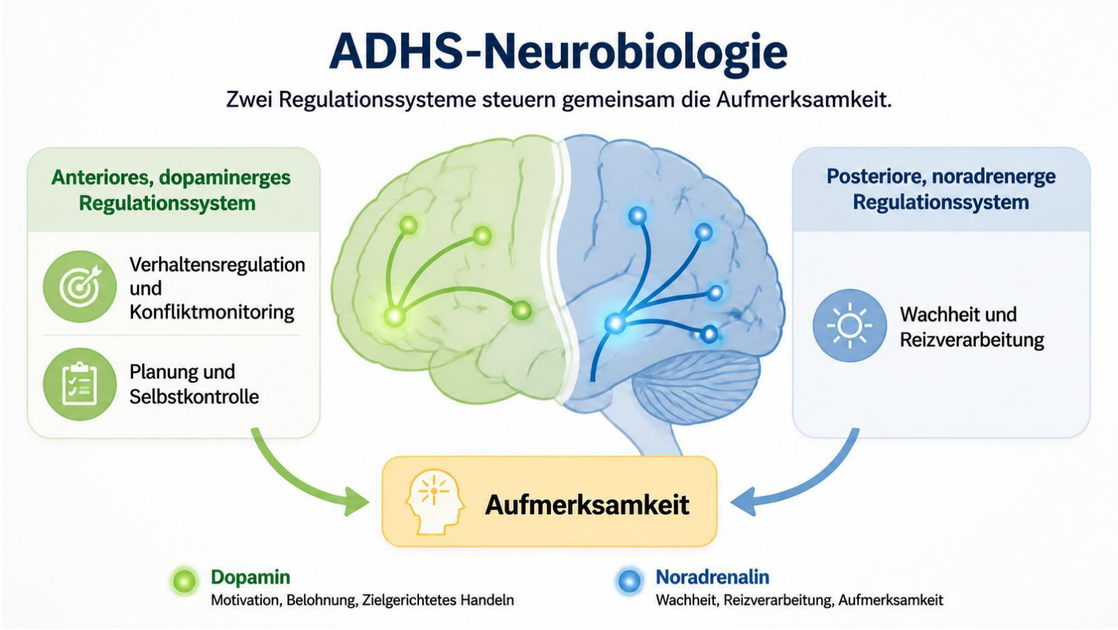
ADHS – Mythos als Folge unzureichender Erziehung?

- Äußere Einflüsse und Ursachen können an der Krankheitsentstehung der ADHS beteiligt sein, sind aber gegenüber genetischen Faktoren nachrangig.
- Zu den beschriebenen Risikofaktoren zählen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburt, Infektionen sowie Erkrankungen oder Verletzungen des ZNS.
- Auch vorgeburtliche Alkohol-, Nikotin- und andere Giftexpositionen (Valproinsäure) sind mit einem erhöhten ADHS-Risiko bzw. einem höheren Schweregrad assoziiert.
- **Wichtig:** Die wissenschaftliche Belege sprechen aber dafür, dass genetische Faktoren die ADHS-Pathogenese stärker prägen als äußere Einflüsse und Ursachen Einflüsse.
- Deshalb wird ADHS im amerikanischen und WHO Diagnosesystem (DSM-5, ICD-11) den neuronalen Entwicklungsstörungen / neurodevelopmental disorders zugeordnet. Hinweis: Noch nicht im aktuell im deutschen Gesundheitssystem gültigen ICD-10-.

Also Konsequenz: ADHS ist keine Folge „falscher Erziehung“, sondern eine neurodevelopmentale Störung mit überwiegend genetischer Grundlage.

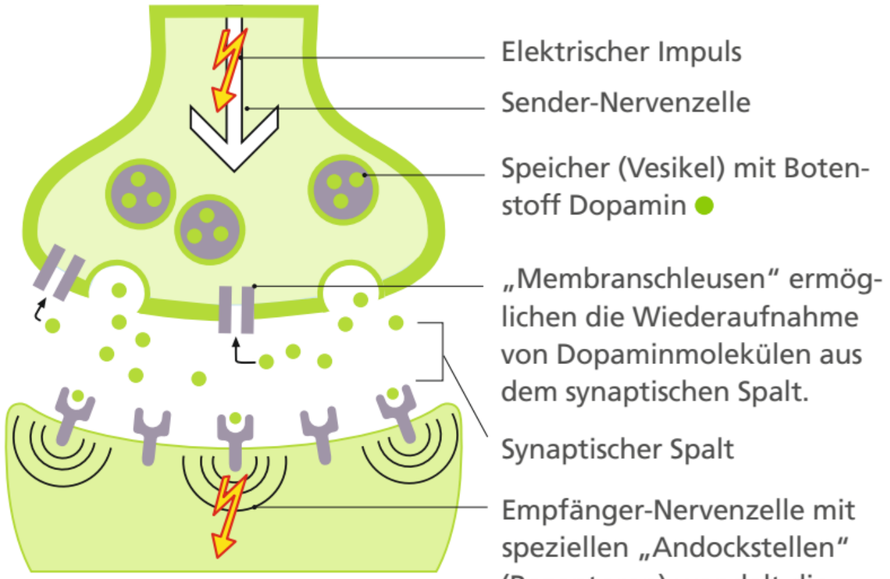
Verringerte Dopamin – und Noradrenalin in bestimmten Hirnarealen können Verhaltenssteuerungsproblem Aufmerksamkeit und Unterfunktion des Belohnungszentrum verursachen.

Die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin stellen die Angriffspunkte der meistens ADHS-Medikamente dar.

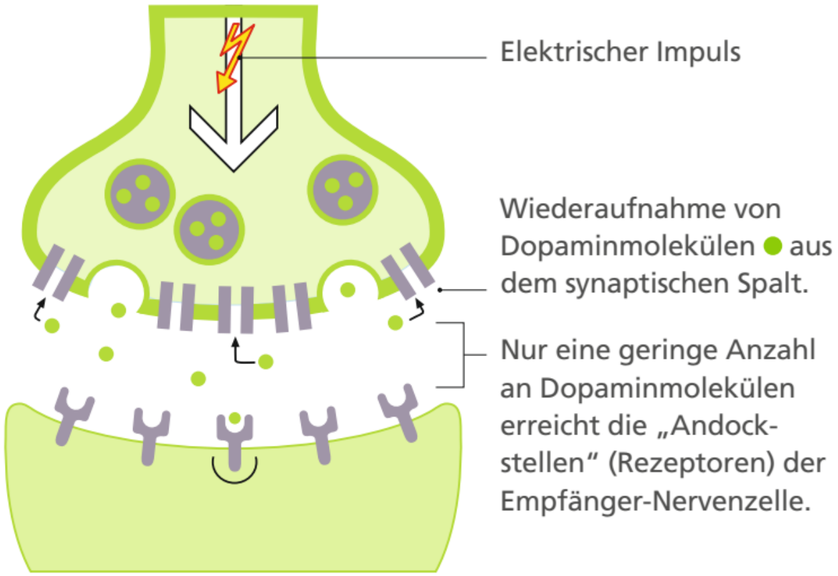


Gestörte Reizübertragung
im synaptischen Spalt bei ADHS

Normale Reizübertragung



Reizübertragung bei ADHS



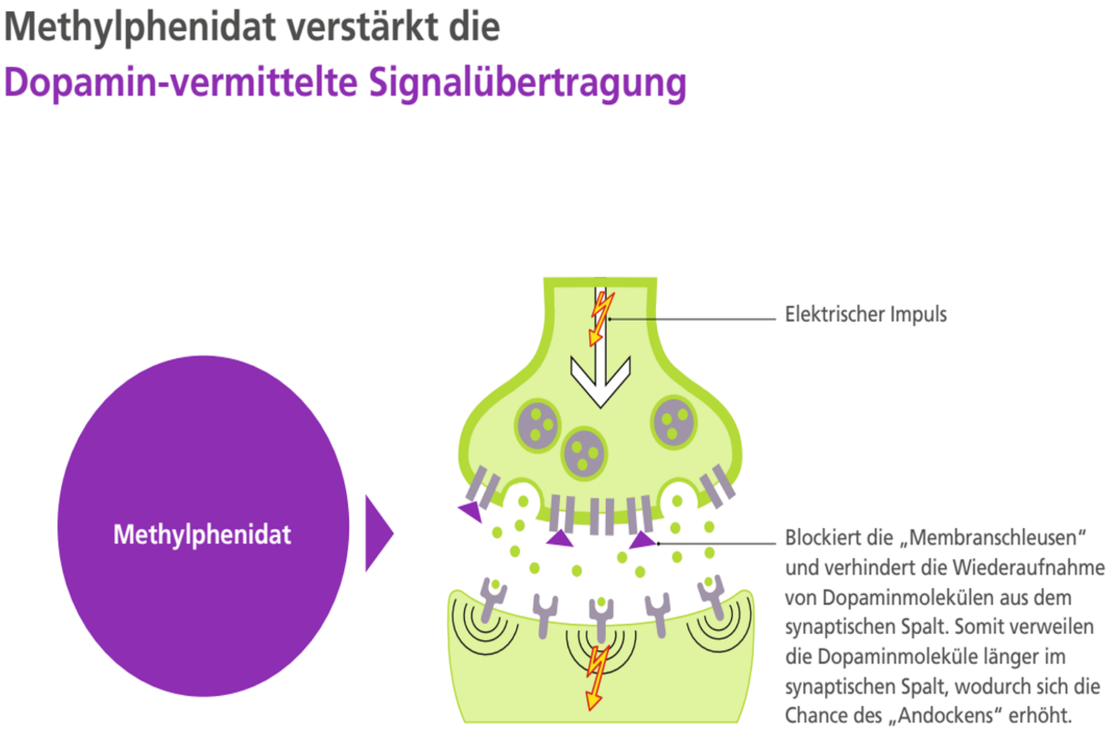
11

Abbildungen modifiziert nach: Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom, K. Dietrich, Schattauer Verlag Stuttgart, New York, 2010: S. 72–79. Dexamphetamin in der ADHS-Therapie. Herausgegeben von M. Huss; A. Meyer, C. Matthaei, Georg Thieme Verlag, 2015: S.13. Pharmakologie: Neuropharmakologie der Psychostimulantien, W. E. Müller, Pharmakon, 2015(3): S. 211–217.

Wirkungsorte der Stimulantien

Dopamintransporter - Blockade durch Methylphendat → Erhöhte Dopaminkonzentration

Erhöhte Dopaminfreisetzung bei Lisdexamphetamin (Elvanse)



ÜBERSICHT: 3 ADHS-MEDIKAMENTE BEI ERWACHSENEN

Methylphenidat und Lisdexamphetamin haben grundsätzlich einen günstigen Verarbeitungsweg im Körper, z.B. kein Abbau über bestimmte Leberenzyme, über die die meisten anderen Medikamente abgebaut werden.

D.h. sie sind gut kombinierbar.

Stimulanzien bei Erwachsenen

Medikament	Wirkmechanismus	Dosierung (Erwachsene)	Wirkeintritt/Wirkungsdauer	Häufige UAW	Vorteile/Nachteile
Methylphenidat (MPH) (Medikinet adult®, Ritalin adult®, Methylphenidat ret. verschiedener Nachahmerfirmen) Concerta (MPH Oros)	Dopamin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer	10–80 mg/Tag (geteilt am Tag möglich) 18 mg Max. 72 mg/Tag	30–60 Minuten / 4–8 Stunden (Retard). Dosissteigerung nach 1 Woche. Effekt schnell 60 min / 7-10 Stunden (Anstieg oft zu langsam). Dosissteigerung nach 1 Woche	Adult selten Appetit↓, Schlafstörung, Reizbarkeit	Schnell wirksam, gut untersucht. Betäubungsmittel-Rezept **Mittel der ersten Wahl** nach Wirtschaftlichkeitsgebot §12 des Sozialgesetzbuches
Lisdexamfetamin (LDX) (Elvanse Adult®)	Inaktive Vorstufe des Arzneistoffes (Prodrug) → Dexamfetamin (Dopamin/Noradrenalin-Freisetzung)	20–70 mg/Tag (Zulassung nur 1× morgens), Kapseln können geöffnet werden, Inhalt auflösbar, Dosisaufteilung/Zwischenstufen möglich; verfügbar auch als Lösung (individueller Dosierung)	1–2 h / 12–14 Stunden. Dosissteigerung nach 1 Woche, Effekt schnell	Adult selten Appetit↓, Schlafstörung, Angst ↑ (subtherapeutisch)	Langwirksam, gleichmäßig. Betäubungsmittel-Rezept **Mittel zweiter Wahl** bei fehlender Wirksamkeit und/oder Verträglichkeit von MPH nach Wirtschaftlichkeitsgebot §12 des Sozialgesetzbuches

Nicht-Stimulanz bei Erwachsenen

Medikament	Wirkmechanismus	Dosierung (Erwachsene)	Wirkeintritt/Wirkungsdauer	Häufige UAW	Vorteile/Nachteile
Atomoxetin (ATX) (Strattera®)	Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, (d.h. wie Antidepressivum), einziges, zugelassenes Nicht-Stimulanz	10–100 mg/Tag (1–2× tgl.) Nach Experten (anders als Fachinformation): Startdosis bei Frauen 10 mg, Startdosis bei Männern 18 mg	1–6 Wochen / 24 Stunden. Dosissteigerungen frühestens nach 2 Wochen, Effekte langsam, oft erst nach 3-6 Monaten komplett	Müdigkeit, Übelkeit, sexuelle Dysfunktion	Einziges Nicht Betäubungsmittel-Rezept; bei Sucht/Komorbiditäten. **Mittel dritter Wahl** bei fehlender Verträglichkeit, Notwendigkeit eines 24 Stunden-Effekt z.B. ADHS-Eltern mit Kindern

Klinischer Effekt einer ADHS-Medikation

„Kurzsichtiger erhält eine passende Brille“

„Flimmerbild eine alten Fernsehers wird plötzlich klar“

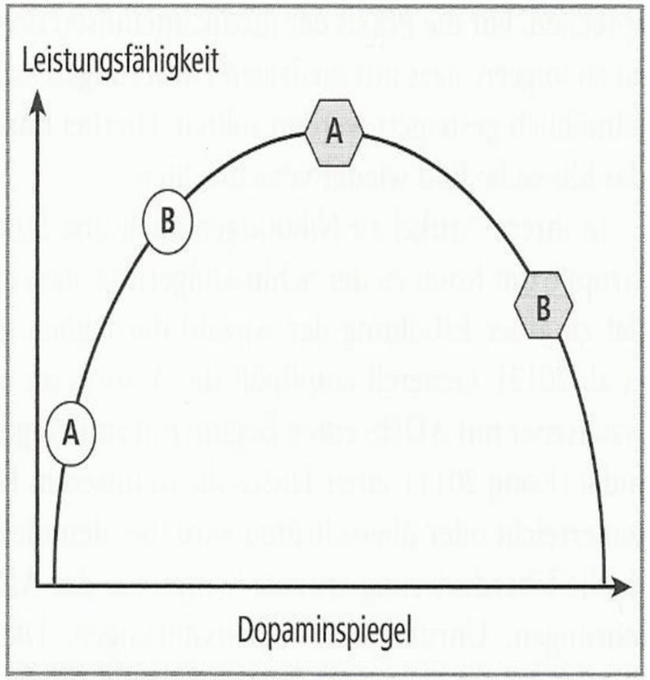
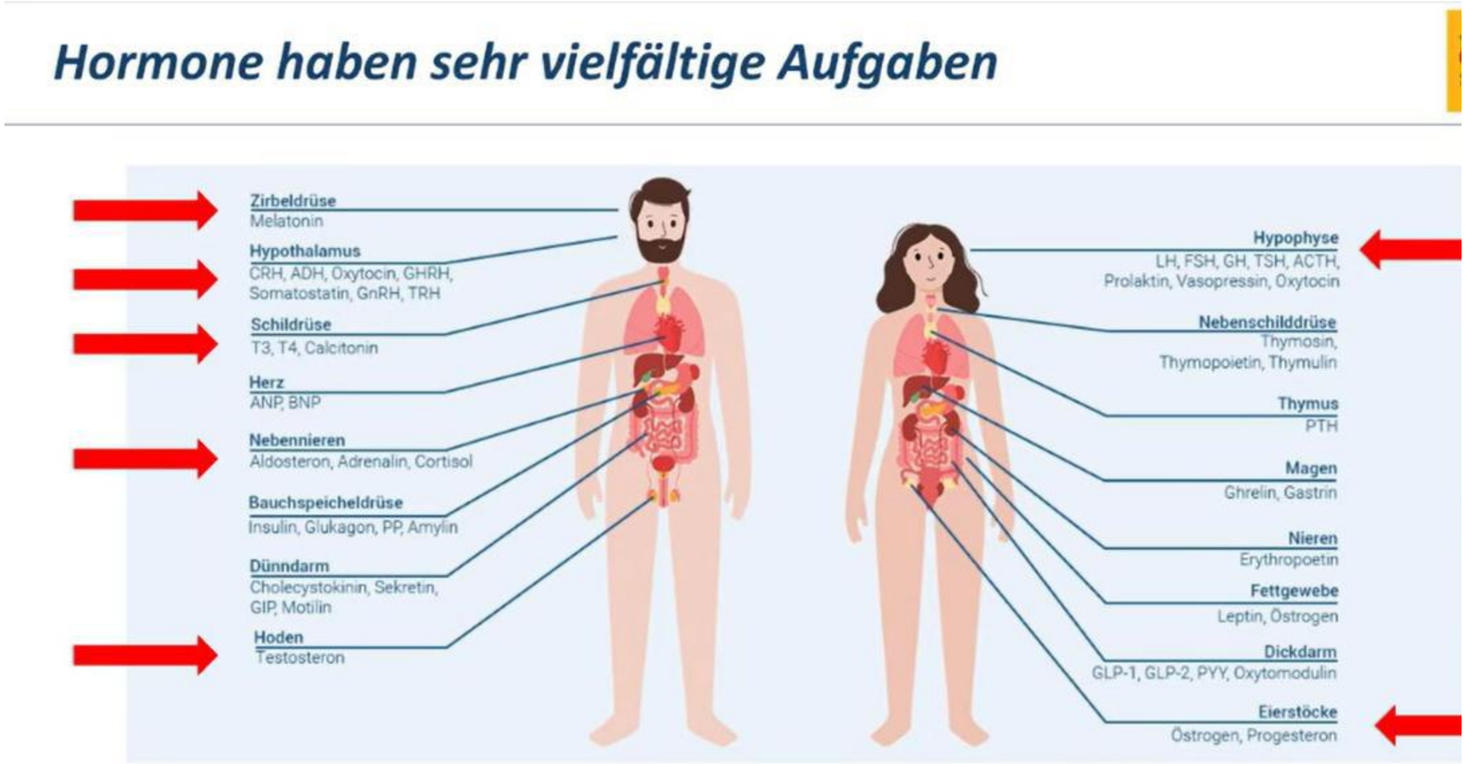


Abb. 7-11 Beziehungen zwischen Dopaminspiegel und Leistungsfähigkeit bei zwei Patienten mit ADHS (A und B) vor (Kreis) und nach (Sechseck) Gabe einer ähnlich hohen Stimulanziendosis (inverse U-förmige Dosis-wirkungskurve, s. Text), modifiziert nach Cools et al. (2011)

BEDEUTUNG DER HORMONE

ADHS bei Frauen

Hormone haben sehr vielfältige Aufgaben



Östrogen – Hauptakteurin der 1. Zyklushälfte

Östrogen – Hauptakteurin der 1. Zyklushälfte

Gebildet in

- Follikel der Eierstöcke, Plazenta, Fettgewebe,
- Nebennierenrinde

Wirkung im Gehirn

- stimmungsaufhellend, konzentrationsfördernd,
- unterstützt Gedächtnis und neuronale Aktivität

Wirkung im Körper

- Aufbau der Gebärmutterschleimhaut stärkt
- Hautelastizität und Schleimhautschutz schützt
- die Knochendichte reguliert Blutgefäße und
- Cholesterinspiegel

Sinkt in der Spät-Perimenopause → Risiko für Konzentrationsprobleme, Hitzewallungen, Stimmungstiefs, Scheidentrockenheit und Gelenkbeschwerden.

Progesteron – Hauptakteurin der 2. Zyklushälfte

Progesteron – Hauptakteurin der 2. Zyklushälfte

PROGESTERON

1. **Körpertemperatur**
   Anstieg um 0,3 bis 1 Grad
2. **Immunsystem**
   Immunmodulation, entzündungshemmend
3. **Uterus**
   Umwandlung der Uterusschleimhaut in drüsenreiches Gewebe
4. **Zervix**
   Muttermund schließt sich, Mucus und Spinnbarkeit nehmen ab
5. **Gehirn**
   neuroprotektiv, schlaffördernd, reizdämpfend (GABA)
6. **Brustdrüse**
   Entwicklung und Spezifizierung des Brustdrüsengewebes
7. **Knochen**
   knochenschützende Wirkung

Gebildet in

- Gelbkörper nach dem Eisprung, Plazenta,
- Nebenniere

Wirkung im Gehirn

- beruhigend, schlaffördernd, reizdämpfend
- (GABA)

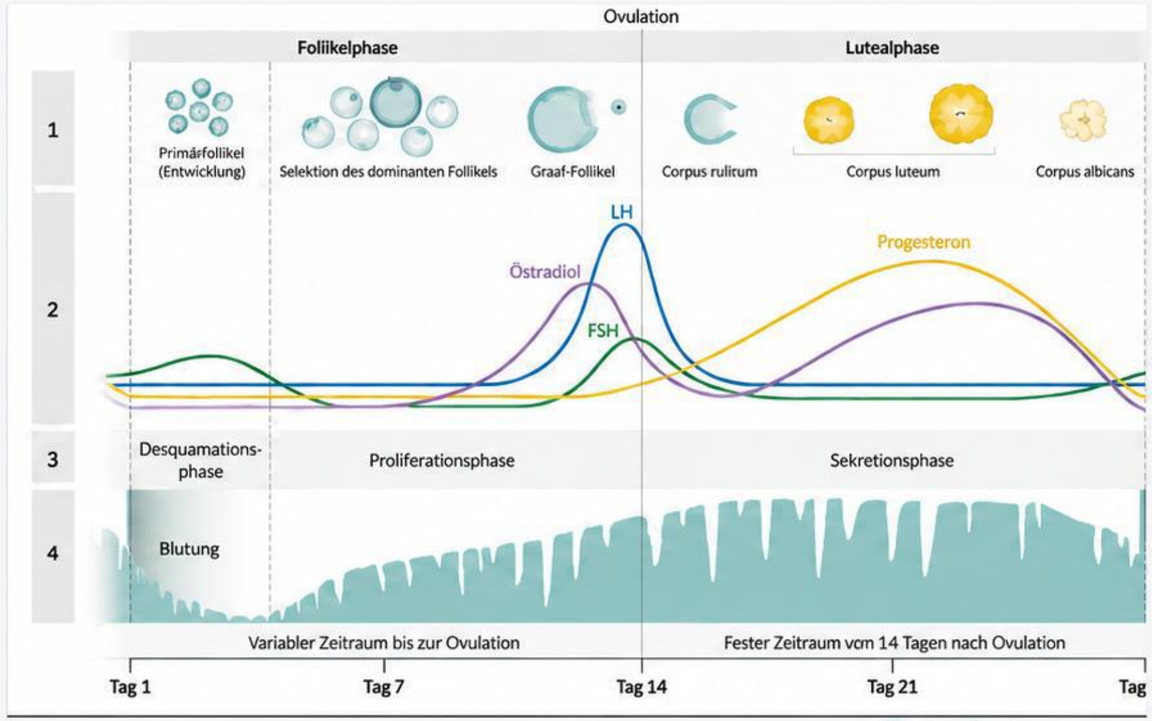
Wirkung im Körper

- entzündungshemmend temperatursteigernd
- nach Eisprung immunregulierend schützt Brust-
- und Gebärmutterschleimhaut

Fehlt bei ausbleibendem Eisprung → Schlafprobleme, Reizbarkeit, PMS und Zykluschaos.

Der weibliche Zyklus im Überblick

Der weibliche Zyklus im Überblick



Quelle: Amboss

Menstruation (Tag 1–5):

- Gebärmutterschleimhaut wird abgestoßen – Zyklus beginnt neu
- Hormone am Tiefpunkt

Follikelphase (Tag 6–13):

- FSH fördert Eizellreifung
- Ostrogen steigt → Aufbau der Schleimhaut

Ovulation (um Tag 14):

- LH-Peak löst Eisprung aus
- Eizelle wandert Richtung Gebärmutter

Lutealphase (Tag 15–28):

- Gelbkörper (Corpus luteum) bildet Progesteron
- → Schleimhaut wird erhalten & vorbereitet für Einnistung
- → Progesteron wirkt beruhigend, schlaffördernd, entzündungshemmend

Ohne Befruchtung:

Progesteron sinkt, Schleimhaut wird abgestoßen → neue Menstruation

Östrogen: Auswirkung auf Stimmung, Denkprozesse und ADHS-Symptome bei Frauen

- Östrogen (Estradiol) erhöht Dopamin im Gehirn
- Erhöht Serotonin – und Noradrenalinwirkung im Stirnhirn und in den zwei wichtige Hirnstrukturen für Gedächtnis (Hippocampus) und Emotionsverarbeitung (Amygdala). Dadurch verbessert sich die Stimmung, Ängstlichkeit, bedingt eine stabilerer Stimmungsregulation.

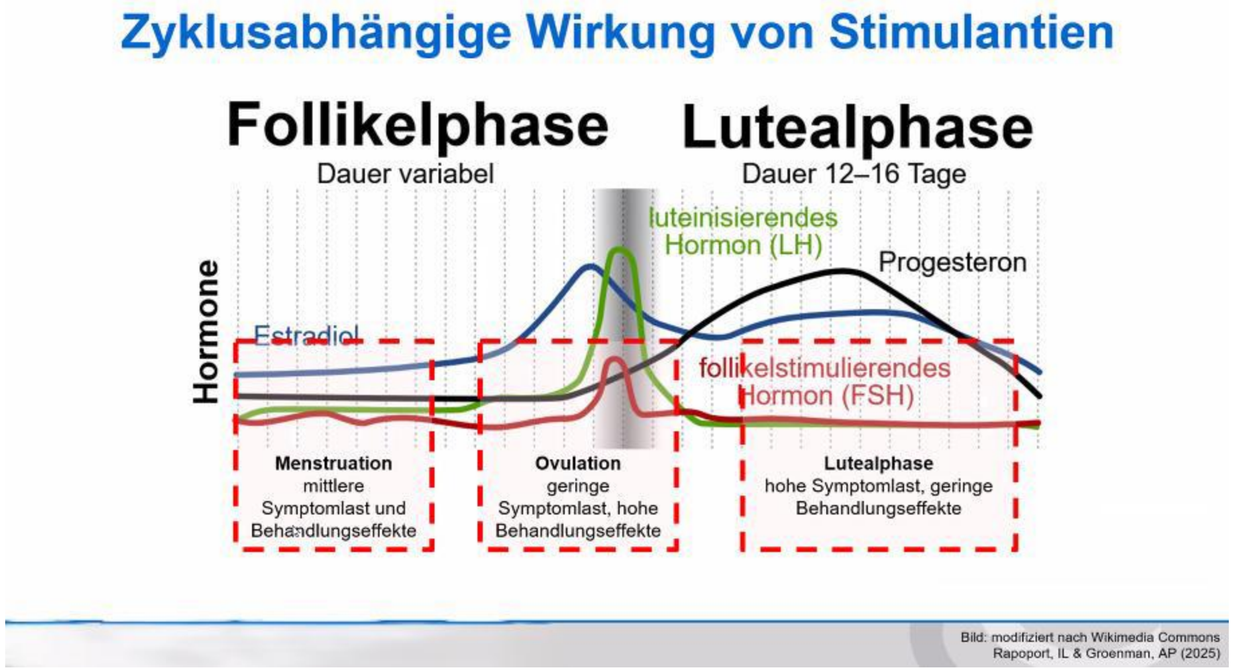
- **Folge:** Verbesserte Aufmerksamkeit/Stimmung/Angst/Affektstabilität in follikulärer, ersten Zyklusphase; Ein Rückgang in der zweiten Phase des Zyklus, verschlechtert deshalb ADHS-Symptome.
- Schwankt Estradiol während der Perimenopause und geht nach der Menopause zurück, kann eine destabilisierende Wirkung auf die Stimmung auftreten. Folge, erhöhte ADHS-Symptome. Östradiol ist ein potentes im Nervensystem gebildete Steroide (Neurosteroid) und neigt dazu, „neuroprotektiv“ zu sein.

Progesteron

- Progesterone wirkt beruhigend und müde machend, dadurch weniger Angst und Förderung von Schlaf; reduziert auch die Dopamin-Produktion.
- Reduziert Serotonin und begünstig Depressionen

Frauen mit ADHS haben früher, häufiger und schwerer ein prämenstruelles Syndrom (PMS) sowie ein prämenstruelle anhaltend schlechte Laune bis zur Depression (PMDD)

Zyklusabhängige Wirkung von Stimulantien



1 LÖSUNGSMÖGLICHKEIT

Hormonelle Verhütungsmittel

Betroffenen-Rückmeldung aus Praxen: Viele junge Frauen wollen heutzutage weniger gerne Hormonpräparate nehmen.

Wissenschaftliche Untersuchungslage von Verhütungsmitteln zur Behandlung zyklusabhängiger Symptomschwankungen ist recht gut

Kontrazeptiva und ADHS

- **Langwirksame reversible Verhütungsmittel** (LARCs) sind vielversprechend für Frauen mit ADHS:
  - 74,2 % setzen die Anwendung über 24 Monate hinaus fort vs. 14,9 % bei kurz wirksamen Methoden.
  - LARCs angesichts **Impulsivität** und **Vergesslichkeit** möglicherweise besser geeignet.
  - Kombinierte orale Kontrazeptiva und reine Gestagenpillen **erhöhen Risiko einer Depression** bei Frauen mit ADHS um das bis zu 5-fache, unabhängig vom Hormongehalt.
  - Frauen mit ADHS reagieren möglicherweise **empfindlicher auf negative Auswirkungen oraler hormoneller Verhütungsmittel auf die Stimmung** und/oder auf Stimmungsschwankungen aufgrund des Vergessens der Pille.

Kooij et al. (2025) Front. Glob. Women's Health, Sec. Women's Mental Health Volume 6, https://theashestreetclinic.ie/contraception/.
Bilder Freepik lizenzfrei.

Was sind langwirksame reversible Hormonelle Verhütungsmedikamente in Deutschland und wann können sie bei ADHS besonders relevant sein?

Mit langwirksamer reversibler hormoneller Kontrazeption (alles Gestagene) sind in Deutschland vor allem Methoden gemeint, die über Monate oder Jahre wirken und nach Entfernung beziehungsweise Absetzen grundsätzlich reversibel sind.

Bei ADHS kann der wichtigste Vorteil darin liegen, dass die Kontrazeption nicht von täglicher Einnahme, Erinnerung oder zuverlässigem Zeitmanagement abhängt. Diese Methoden vermeiden damit einen häufiges Problem bei ADHS, nämlich vergessene oder verspätete Einnahmen.

Welche sind das?

Hormonspiralen

z.B. Mirena, Kyleena, Jaydess

Für Frauen mit ADHS und starken oder schmerzhaften Blutungen kann die Hormonspirale praktisch besonders interessant sein. Sie stabilisiert jedoch nicht zwingend hormonelle Schwankungen, weil der Eisprung bei vielen Anwenderinnen weiter stattfindet.

Etonogestrel-Implantate

z.B. Implanon NXT, bis zu 3 Jahre

Gerade bei ADHS kann die gute Compliance-Unabhängigkeit ein Vorteil sein.

Depot-Medroxyprogesteronacetate

z.B. Depo-Clinovir, etwa 12 Wochen

Die sog. Dreimonatsspritze ist bei ausgeprägten Adhärenzproblemen praktisch, hat aber im Vergleich zu Hormonspirale und Implantat mehr relevante Einschränkungen.

2 LÖSUNGSMÖGLICHKEIT

Zyklusabhängig Anpassung der Stimulanzien-Dosis

Ist noch nicht durch wissenschaftliche Untersuchungen geprüft!

- Bisher laufen noch Studien zum Thema; noch keine ist abgeschlossen.
- Eine kleine Fallserie (9 Frauen mit ADHS) zeigte, dass eine prämenstruelle Dosiserhöhung von Stimulanzien (überwiegend Lisdexamfetamin = LDX. Original Elvanse) die Verschlechterung von ADHS- und Stimmungssymptomen in der prämenstruellen Woche deutlich reduzieren konnte, bei guter Verträglichkeit.
- Typischerweise wurden Dosissteigerungen um etwa 30–50 % der üblichen Tagesdosis gewählt, begonnen ca. 3 –10 Tage vor der erwarteten Menstruation und beendet mit Einsetzen der Blutung oder nach wenigen Menstruationstagen.
- Die Patientinnen berichteten über bessere Konzentration, weniger Reizbarkeit, mehr Energie und insgesamt ein Symptomniveau ähnlich wie in den übrigen Zyklusphasen.

Öffentlich, konkret formulierte Informationen, mit bis zu 30% Dosissteigung während des perimenstruellen Phase, nur von Dr. med. Astrid Neuy-Lobkowicz, Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, selber Betroffene (siehe: MDR „Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast, Montag, 06. Oktober 2025 #40, Thema: ADHS und Wechseljahre – eine explosive Mischung)

Praktische Vorgehensweisen, als Einzelfallentscheidung, für LDX

Unterstrichen sei: Es existiert keine formale Leitlinienempfehlung; das Vorgehen ist versuchsweise und erfordert eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung.

1. Systematische Symptom- und Zyklusdokumentation *

Symptomtagebuch über 2-3 Zyklen (Konzentrationsstörungen, Exekutivfunktionen, Affekt, Schlaf, Nebenwirkungen) plus Zyklustracking (Apps, Kalendarium) zur Identifikation reproduzierbarer Verschlechterungsfenster.

Parallel Dokumentation von Blutungsstärke, Dysmenorrhö, PMDS-Symptomen sowie Medikamentenspiegelwirkung (Beginn/Ende, Reboundphänomene).

2. Prämenstruelle Dosisanpassung von Lisdexamfetamin

Bei klarer prämenstrueller Verschlechterung kann erwogen werden, die Tagesdosis Lisdexamfetamin in der späten Lutealphase temporär um ca. 20–50 % zu erhöhen, z. B. Start 7–10 Tage vor erwarteter Menstruation, Rückkehr zur Baseline mit Beginn der Blutung oder einige Tage danach.

* Stimmungskalender und Menstruationszyklus adaptiert Prof. Dr. med. Sarah Kittel-Schneider für Studien erstellt

Stimmungskalender – Stimmung und Menstruationszyklus

Stimmungskalender - Stimmung und Menstruationszyklus

Antrieb und Stimmung	Name, Vorname:												Geburtsdatum:									Monat und Jahr:									
Nicht mehr kontrollierbar																															
Extrem gesteigert																															
Deutlich gesteigert																															
Leicht gesteigert																															
Ausgeglichen																															
Leicht vermindert																															
Deutlich vermindert																															
Extrem vermindert																															
Auf dem Tiefstand																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tage der Menstruation																															
Besondere Ereignisse																															
Gearbeitet																															
Schlafzeit in Stunden																															
Ein-/Durchschlafstörungen																															
Gereiztheit																															
Labilität/rasches Weinen																															
Ängstlichkeit (inkl. Panik)																															
Essdrang/Heißhunger																															
Konzentrationsstörungen																															
Schmerzempfindlichkeit																															
Bedarfsmedikation: _____																															
Medikament 1: _____																															
Medikament 2: _____																															
	Wenn zutreffend, bitte ankreuzen (X), **Dosisänderungen bei der täglichen Medikation angeben (neue Dosis in mg)**																														

Quelle: Für die ADHS/ASS-Mailingliste modifizierte Version nach dem unveröffentlichten Original von Prof. Dr. Sarah Kittel-Schneider, Studie "MAMBA"

Prämenstruelle Anpassung von Methylphenidat (MPH)

Für Methylphenidat fehlen direkte Studien zu zyklusabhängiger Dosisanpassung; die Übertragung des Konzepts erfolgt derzeit rein aus medizinisch Logik, wie eine Behandlung wirkt und den Informationen zu Methylphenidat.

Praktische Optionen, die in der klinischen Praxis genutzt werden:

Leicht erhöhte Gesamttagesdosis in der späten Lutealphase (z. B. zusätzliches retardiertes Präparat, z.B. Medikinet adult oder kleine, unretardierte Dosis MPH) mit Rückkehr zur Standarddosis zum Menstruationsbeginn.

Alternativ: Tagesspezifische Anpassung, z. B. nur an besonders belastenden Tagen, statt fixer „Lutealphasen-Strategie“, um Übermedikation zu vermeiden.

Zusätzliche therapeutische Hebel, unabhängig von Stimulantien

- Behandlung einer begleitenden perimenstruellen Stimmungsveränderung mit bestimmten Antidepressiva, die sehr schnell wirken, den sog. SSRI * in Lutealphase oder kontinuierlich, was diese ADHS-assoziierte Affektverschlechterungen ebenfalls reduziert.

- Hormonelle Kontrazeptiva oder HRT können Zyklusschwankungen der Östrogenspiegel glätten; bei einigen Patientinnen bessern sich dadurch ADHS-Symptome und die Notwendigkeit ausgeprägter Stimulanzien-Dosiswechsel nimmt ab; bei anderen verschlechtert es sich – also individuelle Testung ist nötig.
- Wenn gewünscht, kann ein konkretes, phasenbasiertes Schema (z. B. mit LDX-Dosis X mg in Zyklustagen 6–21 und X+ ca. 20 - 30 – 50 % der üblichen LDX-Dosis in den Tagen 22–28, inklusive Monitoring-Plan) mit Behandler/in anhand der aktuellen Medikation und Komorbiditäten erstellt werden.

* Präferenz nach klinischer Erfahrung für Sertralin 25 - 50 – (75) mg morgens (Vorteil keine Medikamentenwechselwirkungen in dieser Dosierung), alternativ Duloxetin 30-60mg. Letzteres insbesonders bei den Begleiterkrankungen Harninkontinenz oder Schmerzstörungen. Das häufig eingesetztes Citalopram/Escitalopram ist vermutlich ungünstig, da Hinweis auf Zunahme von Transporter-Eiweißen für Dopamin, also Zunahme der ADHS-Symptomatik (Lehrbuch von Krause & Krause)

TEIL 3

ADHS in der Schwangerschaft, nach Geburt und Stillzeit

Wie verändert sich die ADHS-Symptomatik bei Frauen in der Schwangerschaft

Bei Frauen mit ADHS ist die Symptomatik in der Schwangerschaft sehr variabel: Manche berichten über eine Besserung von Unruhe, Konzentrationsproblemen und emotionaler Reizbarkeit, andere erleben keine wesentliche Änderung oder sogar eine Verschlechterung, vor allem bezüglich Müdigkeit, Stress und geistige Belastbarkeit. Die Datenlage ist insgesamt begrenzt, aber klinisch wird in der Schwangerschaftszeit häufig eine erschwerte Symptomkontrolle beschrieben.

Besserung bei einigen Frauen

Ein Anstieg von Östrogen wird als möglicher Grund diskutiert, weil dadurch dopaminerge Funktionen beeinflusst werden können; das kann Aufmerksamkeit und Stimmung vorübergehend stabilisieren.

Unverändert oder schlechter bei anderen

Schwangerschaftsbedingte Beschwerden wie Müdigkeit, Übelkeit, Schlafstörungen und psychische Belastung können ADHS-Symptome überlagern oder verstärken.

Zusammenfassung: In der Schwangerschaft wird ADHS bei Frauen nicht grundsätzlich besser oder schlechter, sondern oft uneinheitlicher.

Wie verändert sich die ADHS-Symptomatik bei Frauen im Wochenbett und Stillzeit – Schwangerschaftsdepression

1. Nach der Geburt berichten viele Betroffene über einen Rückfall oder eine Zunahme der ADHS-Symptomlast, wenn die Hormone rasch abfallen.

2. **Eine sog. Wochenbettdepression haben Frauen mit ADHS fünfmal häufiger (16,8% versus 3,3%)!**

- Schlafentzug und fragmentierter Schlaf.
- Erhöhte Anforderungen an Planung, Zeitmanagement und Reaktionsfähigkeit.
- Gefahr einer Überforderung durch Stillen, Säuglingsversorgung und fehlende Pausen.
- Erhöhtes Risiko für depressive und ängstliche Beschwerden durch Östrogenabfall mit auch Serotoninabfall („Glückshormon“).

Stets Klärung ob, ein Absetzen oder die unzureichende Behandlung der ADHS die Wochenbettdepression mit antreibt. Deshalb: Medikamentenbesprechung und Planung für Stillzeit und Wiederaufnahme der Behandlung vor der Entbindung.

Der Wochenbettzeitraum ist nicht nur hormonell, sondern auch durch massiven Schlaf- und Rollenwechsel belastet. Deshalb sollte eine Verschlechterung nicht vorschnell ausschließlich der ADHS oder ausschließlich den Hormonen zugeschrieben werden.

> Bei Diagnose einer mittel bis schwer postpartale Depression: Kombination aus Psychotherapie und Antidepressivum. Klären, welches Präparat war früher schon erfolgreich? Ansonsten Präferenz: Sertralin (gute Datenlage in der Stillzeit; 25 mg morgens nach Stillen, nach 5–7 Tagen auf 50 mg, dann je nach Effekt noch steigern), Citalopram/Escitalopram?, ggf. Mirtazapin.

TEIL 4

Wie verändert sich ADHS in den Wechseljahren und in der Postmenopause

Östradiol spielt neben dem Effekt auf Dopamin eine wichtige Rolle bei der Regulation von Serotonin im Gehirn.

Schwankt Östrogen während der Perimenopause und nach der Menopause, kann zusätzlich eine destabilisierende Wirkung auf die Stimmung auftreten.

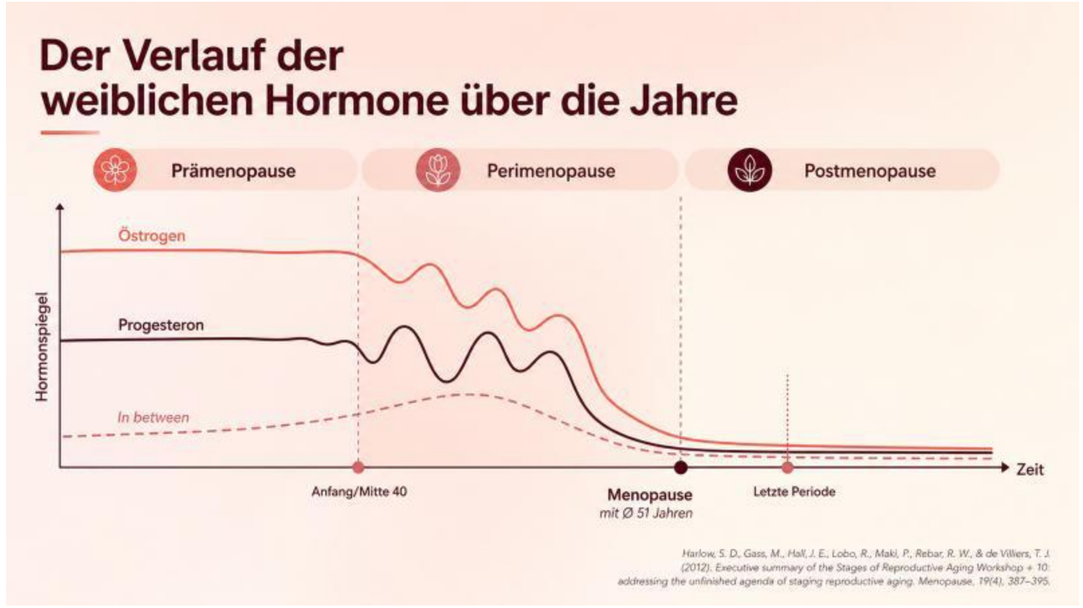
Was sich im Übergang verändert

- **Verschärfung unaufmerksamer Symptome:** Brain Fog (Gehirnnebel), Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Planungsprobleme, Prokrastination und Schwierigkeiten in der Aufgabendurchführung (z. B. Planungsschwierigkeiten) nehmen zu; oft bricht bisherige "Maskierung" weg.
- **Gefühlsschwankungen:** Erhöhte Reizbarkeit, "Menopause-Rage", Stimmungsschwankungen, Angst (73%) und Depressionen (64%); Impulsivität steigt durch geringere Stirnhirnkontrolle.
- Diese Gefühlsschwankungen Symptome treten bei Frauen mit ADHS im Übergang häufiger und früher auf als bei Frauen ohne ADHS und können zur Erstvorstellung bei unerkannter Basisstörung ADHS „nur“ wegen dieser Begleiterkrankungen führen.

- **Weitere:** Schlafstörungen, Überforderung, Antriebsmangel; Begleiterkrankungen wie Angststörungen werden offensichtlich; Durchschnittsalter spät-diagnostizierter Frauen: 43 Jahre. Viele Frauen, bisher noch kompensierte Patientinnen, brauchen erstmalig eine ADHS-Therapie (zuvor Diagnostik).

Perimenopausale Symptome (Hitzewallungen, Schlafstörungen, Fatigue, Schmerzen) sind bei Frauen mit ADHS insgesamt ausgeprägter und treten im Mittel bis zu etwa 10 Jahre früher auf.

Der Verlauf der weiblichen Hormone über die Jahre



Die Östrogenmenge kann in Perimenopause sogar von Zyklus zu Zyklus schwanken.

Deshalb kann eine Anpassung der Stimulantien Lisdexamphetaim und Methylphenidat individuell zwischen 20 – 50 % sinnvoll sein. In der Menopause ist dann wieder ein konstante Dosisanpassung sinnvoll.

Veränderung der Behandlung

Aspekt	Veränderung	Begründung/Optionen
Stimulanzien (z. B. MPH, Lisdexamfetamin)	Oft höhere Dosen nötig oder Wechsel zu länger wirkenden Präparaten; Rebound verstärkt sich. Frage, Rebound was ist das?	Weniger endogenes Östrogen reduziert Dopamin-Boost; enge Titration
Nicht-Stimulanzien (z. B. Atomoxetin)	Präferenz bei Komorbiditäten (Angst, Depression); stabile Alternative über 24 Stunden	Weniger abhängig von Östrogen-Interaktionen; gut für Menopause
Hormonersatztherapie (HRT)	Transdermales Estradiol (Pflaster/Gel) als Ergänzung, besonders bei neuem "ADHS-ähnlichem" Profil. Achtung: Progesteron im Intervall bei vorhandenen Uterus notwendig.	Verbessert kognitive Funktionen, Dopamin-Sensitivität; bioidentisches Progesteron abends für Schlaf
Zusatz	Antidepressiva (z. B. SSRI/SNRI bei Komorbiditäten, besonders Sertralin/Duloxetin/Venlafaxin ret. (unterhalb Dosen wie normal bei Depression bis 300mg); niedrigdosierte Stimulanzien bei Non-ADHS Brain Fog	Multimodal: HRT + ADHS-Medikamente + Therapie/Coaching

TEIL 5

ADHS-Behandlung in der Perimenopause und Postmenopause

ADHS in der Perimenopause und Postmenopause

Grundprinzip: Bei ADHS in der Perimenopause/ Postmenopause wird nicht routinemäßig die ADHS-Dosis erhöht und eine Hormonersatztherapie nicht allein wegen ADHS begonnen. Empfohlen wird ein paralleles, individualisiertes Vorgehen: Perimenopausale und Postmenopausale Beschwerden behandeln, Schlaf und Komorbiditäten optimieren und die ADHS-Medikation anhand der tatsächlichen Alltagsbeeinträchtigung neu bewerten.

Anpassung der ADHS-Medikation

Der aktuelle Kenntnisstand erlaubt keine allgemeine Empfehlung, bei allen Frauen in der Perimenopause die Stimulanzien zu erhöhen. Wissenschaftliche systematische Untersuchungen zu optimalen Anpassungsstrategien in Postmenopause fehlen weitgehend.

Beginn oder Anpassung der Hormon(ersatz)therapie (HRT)

Eine postmenopausale Hormontherapie ist bei typischen Beschwerden wie Hitzewallungen, Nachtschweiß, Schlafstörungen oder Beschwerden im weiblichen Intimbereich nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung sinnvoll. Sie ist aber keine etablierte primäre ADHS-Therapie, kann aber bei manchen Frauen Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde und die subjektive Wirksamkeit der ADHS-Medikation verbessern.

Hormontherapie oder ADHS-Dosis – wann erhöhen?

Klinische Situation	Eher naheliegendes Vorgehen
Hitzewallungen, Nachtschweiß und Schlafunterbrechungen im Vordergrund	Peri - oder postmenopausalen Hormontherapie prüfen
ADHS seit Jahren stabil, aber neuer Wirkungsverlust bei gleichzeitigem Östrogenabfall	Zunächst Perimenopause und Schlaf behandeln, danach ADHS neu bewerten
Keine peri - oder postmenopausalen Symptome, aber persistierende ADHS-Einschränkung	ADHS-Medikation überprüfen und gegebenenfalls titrieren
HRT begonnen, Hitzewallungen besser, ADHS weiterhin beeinträchtigt	ADHS-Behandlung separat optimieren
HRT begonnen, Stimulanzwirkung deutlich stärker	Stimulantendosis und Nebenwirkungen kontrollieren, nicht automatisch unverändert fortführen, ev. reduzieren.
Relevante Herz - Kreislaufrisiken oder Stimulantienunverträglichkeit	Nicht stimulierende Optionen und psychosoziale Maßnahmen prüfen

Hormonersatztherapie (HRT) als medikamentöse Behandlungsmöglichkeit bei ADHS

- Über die Haut aufgenommenes Östradiol mit Progesteron wird in Leitlinien zur Postmenopause als vergleichsweise günstige Option für Symptome betreffen des Denken, der Gefühle und der Stimmung beschrieben und kann bei ADHS-Patientinnen Klarheit des Denkens und die Gefühlsstabilität verbessern.
- HRT sollte immer frauenärztlich indiziert und hinsichtlich Herz-Kreislauf und Tumor Risiken individuell abgewogen werden; ideal ist eine koordinierte Behandlung durch Postmenopausenspezialist:in und ärztlichen ADHS - Behandler:in.
- Die konkrete Dosierung und das Schema muss ärztlich festgelegt werden. Die Präparateauswahl orientiert sich an Alter, Postmenopausenstatus, Gebärmutterstatus, Migräne, Thromboserisiko, Brust- und Gebärmutterschleimhautrisiken sowie Verträglichkeit.

Praktische, klinische Konsequenzen:

In der Befunderhebung ausdrücklich nach Zyklus-/Menopausestatus, Hitzewallungen, Schlaf, geistiger Leistungsfähigkeit und neuen Gemütsbeschwerden fragen, um eine frühe postmenopausale Verschlechterung zu erkennen.

Psychoedukation: Erklärung der hormonellen Einflüsse auf ADHS, Anpassung von Alltagsstrategien (Strukturierung, Entlastung, Schlafhygiene) und ggf. psychotherapeutische Unterstützung speziell für diese Lebensphase.

Über die Haut aufgenommenes Östradiol mit Progesteron; welche Präparate gibt es in Deutschland

In Deutschland gibt es kein zugelassenes Kombinationspräparat aus Estradiol und Progesteron. Üblich ist die getrennte Anwendung eines Estradiol-Gels, -Sprays oder -Pflasters zusammen mit Kapselform von Progesteron.

Die Kombination Gynokadin Dosiergel plus Utrogest ist das in Deutschland am häufigsten genannte praktische Beispiel für Estradiol über die Haut mit Progesteron: Progesteron abends für Schlaf (macht müde, reduziert Ängste)

Bei erhaltenem Uterus muss eine systemische Estradioltherapie in der Regel durch ausreichendes Progesteron oder ein anderes Gestagen ergänzt werden, um das Endometrium zu schützen (keine Östrogendauerstimulation sonst Gebärmutterschleimhaut-vergrößerung und langfristig ein erhöhtes Gebärmutterkarzinomrisiko). Übliche Schemata sind beispielsweise Progesteron meist 200 mg oral (100 - maximal 400 mg) an 12 bis 14 Tagen pro 28-Tage-Zyklus oder 100 mg kontinuierlich täglich.

HÄUFIGSTEN VERORDNETEN PRÄPARATE (GELBE-LISTE, STAND 9/2026)

Estradiol transdermal und Progesteron

Bestandteil	Beispiele in Deutschland	Applikation
Estradiol-Gel	Gynokadin Dosiergel, Estreva 0,1% Gel	transdermal, täglich
Estradiol-Spray	Lenzetto 1,53 mg/Sprühstoß	transdermal, täglich
Estradiol-Pflaster	Estramon, Dermestril, Fem7	transdermal, je nach Produkt ein- oder zweimal wöchentlich
Mikronisiertes Progesteron	Utrogest 100 mg bzw. 200 mg (max. 400mg) Weichkapseln	meist oral, zyklisch oder kontinuierlich

Veränderung der Behandlung

Aspekt	Veränderung	Begründung/Optionen
Stimulanzien (z. B. MPH, Lisdexamfetamin)	Oft höhere Dosen nötig oder Wechsel zu länger wirkenden Präparaten; Rebound verstärkt sich. Frage, Rebound was ist das?	Weniger Östrogen reduziert Dopamin-Boost; enge Titration
Nicht-Stimulanzien (z. B. Atomoxetin)	Präferenz bei Komorbiditäten (Angst, Depression); stabile Alternative über 24 Stunden	Weniger abhängig von Östrogen-Wechselwirkungen; gut für Postmenopause
Hormonersatztherapie (HRT)	Transdermales Estradiol (Pflaster/Gel) da dadurch sehr stabile Östrogenspiegel; falls nötig, Progesteron zum Schutz des Gebährmutterschleimhaut falls Uterus vorhanden	Verbessert Gedächtnis-Funktionen, Dopamin-empfindlichkeit; Progesteron abends für Schlaf (macht müde, reduziert Ängste)
Zusatz	Bestimmte Antidepressiva (sog. SSRI/SNRI) bei Begleiterkrankungen, besonders Sertralin/Duloxetin/Venlafaxin ret. (unterhalb Dosen wie normal bei Depression bis 300mg); niedrigdosierte Stimulanzien bei auch nicht ADHS Brain Fog	Mehrere Ebenen-Behandlung: Hormonersatztherapie + ADHS-Medikamente + Psychotherapie/Coaching